



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA COM CANCRO

**A gestão de emoções através do brincar
terapêutico**

Ana Sofia Alves Moreira

2013





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA COM CANCRO

A gestão de emoções através do brincar terapêutico

Ana Sofia Alves Moreira

Professora Doutora Paula Diogo

2013



“É bom crescer com os pés na Terra e com a cabeça na Lua, com projetos e com sonhos, sensíveis e sensatos, MAS CRIANÇAS... PARA SEMPRE!”

Eduardo Sá (2000)

AGRADECIMENTOS

Agradeço de coração ao meu filho e ao meu companheiro desta vida todo o seu amor, pela compreensão e apoio nos momentos mais atribulados deste caminho.

À minha irmã Ângela, companheira desta aventura, que me incentivou nos momentos de maior fragilidade.

À professora Paula Diogo por todo o apoio, por todas as aprendizagens e sabedoria, imprescindível para a concretização de todo este percurso.

A todas as crianças e respetivas famílias que me possibilitaram fazer parte das suas vivências, dos vários momentos de partilha e de intensas emoções.

A todos os que deram o seu precioso contributo na construção deste relatório, os meus profundos e sinceros agradecimentos.

RESUMO

O cancro infantil é uma doença com representações sociais assentes no sofrimento físico, psicológico e emocional. Esta experiência implica perdas de objetivos de vida, com alterações nas relações e rotinas familiares. As vivências emocionais nascem de sentimentos como a desesperança, a ansiedade e o medo no decurso da doença. Reconhecer as emoções é prioritário e os enfermeiros têm o privilégio de usar estratégias terapêuticas para minimizar as experiências emocionalmente intensas. Neste sentido, justifico a temática do relatório, que incide no cuidar da criança e família com cancro, com enfoque na gestão da emocionalidade das suas vivências. Uma das interações na gestão de emoções positivas é a sintonia com o mundo infantil, em que o brincar promove a expressão emocional e a distração. O objeto de estudo enquadra-se no uso do brincar como instrumento de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família com cancro. A sua finalidade é aprofundar saberes práticos, impulsionando uma mudança nas práticas de enfermagem, com reflexo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados pediátricos. A metodologia utilizada assenta numa prática reflexiva baseada em evidência científica, com reflexo em jornais de aprendizagem e diários de campo. Da pesquisa e análise de literatura elaborei fichas de leitura, aprimorando os meus conhecimentos e o pensamento crítico. A aquisição de competências técnicas, científicas e relacionais de enfermeira especialista em SIP têm a sua visibilidade na descrição e análise das atividades transversais e específicas, articulando recursos para atingir os objetivos delineados. Os resultados expressam que o brincar é essencial na gestão das emoções ligadas a vivências de intenso sofrimento, como a hospitalização e exposição a procedimentos invasivos. Brincar permite-nos entrar no mundo da criança num ambiente seguro, promotor do bem-estar e dos afetos. Aos profissionais coloca-se o desafio da integração sistemática do brincar terapêutico nas práticas diárias, num mundo real, sem limitações no imaginário e na fantasia. Um lugar onde o brincar e o cuidar convergem para a garantia dos direitos e necessidades da criança e família.

Palavras-chave: cuidar em pediatria, gestão de emoções, criança e família com cancro, brincar terapêutico.

ABSTRACT

Childhood cancer is a disease with social representations based on physical, psychological and emotional suffering. This experience involves loss of life goals, with changes in relationships and family routines. These emotional experiences are born from feelings of hopelessness, anxiety and fear in the course of the illness. Recognising these emotions is a priority and nurses have the privilege of using therapeutic strategies to minimise emotionally intense experiences. In this sense, I justify the subject of this report, which focuses on caring for the child and the family of the child with cancer, with particular emphasis on managing the emotionality of their experiences. One of the interactions in the management of positive emotions is being in tune with the child's world, where play promotes emotional expression and distraction. The object of this study falls within the use of play as a nursing tool for managing the emotions of the child with cancer and its family. The purpose is to deepen practical knowledge, driving a change in nursing practice, which reflects itself in the continuous improvement of the quality of paediatric care. The methodology used is based on a reflective practice based on scientific evidence, with reflection in learning journals and field journals. Of the research and analysis I have done, I have prepared some reading material, improving my knowledge and critical thinking. The acquisition of technical, scientific and relational specialist nursing skills in Paediatrics and Child Health, are visible in the description and analysis of specific and cross-cutting activities, coordinating resources in order to achieve the objectives outlined. The results show that play is essential when dealing with emotions linked to intense suffering, such as hospitalisation and exposure to invasive procedures. Play allows us to enter the child's world in a safe environment conducive to well-being and affection. To professionals, I set this challenge of systematic integration of therapeutic play in daily practices, in the real world, without limitations to imagination and fantasy; a place where play and care converge, to guarantee the rights and needs of the child and the family.

Keywords: Paediatric care, management of emotions, the child with cancer and its family, therapeutic play.

SIGLAS E ABREVIATURAS

ACES- Agrupamento de centros de saúde

DGS- Direção geral de saúde

DUROS - Doentes que Ultrapassaram a Realidade Oncológica com Sucesso),

ESEL- Escola superior de enfermagem de Lisboa

IPA- International Play Association

IPOLFG- Instituto português de oncologia de Lisboa Francisco Gentil

N.º- Número

OE- Ordem dos enfermeiros

P.- Página

SIP- Saúde infantil e pediatria

SNIP- Sistema nacional de intervenção precoce

SOPED- Serviço de observação de pediatria

SUP- Serviço de urgência pediátrica

UCIPED- Unidade de cuidados intensivos pediátricos

USF- Unidade de saúde familiar

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
1.1 A doença oncológica em idade pediátrica	13
1.2 A gestão de emoções em enfermagem pediátrica: O brincar terapêutico como estratégia no cuidar.....	14
2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO	20
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO	25
3.1 Objetivos gerais e objetivos específicos.....	27
3.2 Atividades transversais a todos os campos de estágio	29
3.3 Atividades específicas de cada local de estágio	33
3.4 Competências adquiridas em estágio	53
4. IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJETO FUTURO.....	57
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	58
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

APÊNDICE I. Cronograma de Estágio

APÊNDICE II. Guia Orientador das Atividades de Estágio

APÊNDICE III. Diagnóstico Situacional dos Locais de Estágio

APÊNDICE IV. Entrevistas Semiestruturadas

APÊNDICE V. Fichas de Leitura

APÊNDICE VI. Diários de Campo

APÊNDICE VII. Jornais de Aprendizagem

APÊNDICE VIII. “O jogo da Roda: Um dia no Hospital”

APÊNDICE IX. Ação de formação “A gestão das emoções nos processos de saúde e doença: O brincar como estratégia no cuidar da criança e família”

APÊNDICE X. “A Doença Oncológica na Adolescência: Um Olhar sobre o cuidar na comunidade”

APÊNDICE XI. Guia de boas práticas de enfermagem: “Brincar no Hospital - Técnicas de Comunicação e distração”

APÊNDICE XII. Ação de formação na UCIPED “A gestão de emoções em enfermagem: O brincar terapêutico como estratégia no cuidar”

APÊNDICE XIII. Apresentação do *Dossier* Temático da UCIPED

APÊNDICE XIV. *Poster* - “Cuidar no Hospital”

APÊNDICE XV. Apresentação do kit “Dói que não dói”

APÊNDICE XVI. Ação de formação no Serviço de Oncologia Pediátrica

INTRODUÇÃO

Este Relatório surge com a finalidade retratar e avaliar o meu percurso de autoformação durante o Estágio do 3º semestre, do 3º Curso de Mestrado na área de Enfermagem e de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, no qual foram desenvolvidas competências na prestação de cuidados à criança e família em situações de crescente complexidade, nas diversas dimensões da saúde e doença. No desenvolvimento contínuo deste processo acreditei que o *ser* especialista tem inerente o dever de “*afastarmo-nos da homogeneidade de pensamento e procurar novas formas de ver o habitual*” (Watson, 2002, p. 18). Nesta lógica, a perícia clínica avançada e ser detentor de múltiplas perspetivas permite-nos tomar decisões complexas, com reflexo na progressão da prática da enfermagem enquanto ciência do cuidar (Benner, 2005; Watson, 2002). O meu pensamento centrou-se nestas premissas durante a construção deste relatório, o qual é o reflexo de um percurso formativo intitulado “*Cuidar da criança e família com cancro: A gestão de emoções através do brincar terapêutico*”.

Na atualidade, o cancro na idade pediátrica apresenta-se ainda como uma doença grave, que agrega em si um conjunto de representações sociais relacionadas a um intenso sofrimento físico, psicológico e emocional. O tratamento e a recuperação da criança implicam hospitalizações frequentes, com amplo potencial traumático, pois afastam a criança e família do seu ambiente sociofamiliar e confronta-os com procedimentos de dor, existindo um afloramento exuberante de muitos dos sentimentos (Mitre, 2004). Os autores Hockenberry e Wilson (2011) referem-se à ambivalência de sentimentos e que, apesar das inovações tecnológicas e científicas, a experiência de doença ainda comporta vivências emocionais marcadas pela desesperança, a ansiedade, o medo, a incerteza e a insegurança face ao diagnóstico, tratamento e prognóstico. Da minha experiência profissional, as repercussões para a criança e família são inevitáveis e traduzem-se em progressivas perdas de saúde, de objetivos e de perspetivas de vida, com inúmeras alterações nos relacionamentos e rotinas familiares. Neste sentido, na prática de cuidados torna-se imperativo valorizar a gestão das emoções durante os processos de saúde

e doença, justificando a temática deste relatório, a qual consiste no cuidar da criança e família com cancro com enfoque na gestão da emocionalidade das suas vivências, associadas ao sofrimento intenso da doença oncológica pediátrica.

A equipa de enfermagem ocupa uma posição privilegiada na implementação de estratégias com intencionalidade terapêutica, alocando e mobilizando recursos que minimizem as experiências emocionalmente intensas (Pedro, 2009). Além disso, há que reconhecer nas intervenções de enfermagem o seu contributo na satisfação das necessidades da criança e família com cancro, atendendo à sua unicidade e particularidades de desenvolvimento (Barros, 2008). Uma das interações desenvolvidas no cuidar para a gestão de emoções positivas é a sintonia com o mundo infantil, em que o brincar promove o relaxamento, a expressão emocional e a distração (Diogo, 2012). Deste modo, e ocupando um lugar de destaque neste relatório, surge o uso do brincar enquanto instrumento terapêutico de enfermagem na gestão da emocionalidade da criança e família com cancro, que assumo constituir o objeto de estudo deste percurso de construção do saber prático.

O brincar terapêutico nas práticas de enfermagem remete-me para a compreensão da dimensão emocional integrada no cuidar humano, à luz de referenciais teóricos e do paradigma atual de enfermagem da transformação. A atividade do brincar na gestão das emoções pode ser associada à perspetiva do cuidar transpessoal de Jean Watson, que enaltece a libertação de energia e força interior, na aquisição de um sentido de harmonia entre a mente, o corpo e alma (Watson, 2003). A autora defende ainda que o cuidar implica uma visão científica e humanista da experiência humana durante os processos de saúde e doença, e não pode permanecer indiferente às emoções humanas (Watson, 2005). Brincar facilita o cuidar com amor e o nascimento de laços afetivos, o que é essencial no cuidar em enfermagem, existindo uma ação interpessoal entre a enfermeira e o cliente (Watson, 2003). Nesta lógica, se todo o cuidado tem subjacente uma relação interpessoal e intersubjetiva, onde se inclui a experiência das emoções, cuidar é também um meio de comunicação e de libertação de sentimentos humanos. A dimensão emocional do cuidar em enfermagem é também defendida por Collière (2003), que acrescenta numa outra ótica, que aprender a perceber as emoções e os sentimentos dos

prestadores de cuidados e das pessoas cuidadas, é uma fonte incomensurável de saberes na prática de enfermagem.

A experiência humana das emoções tem lugar no paradigma da transformação, em que a dimensão emocional implica a interação, neste caso, entre o enfermeiro, a criança e a família com cancro, e o mundo que os rodeia. Este paradigma contempla uma visão da pessoa como um ser íntegro e único, cujas múltiplas dimensões formam uma unidade (Kerouac *et al.*, 1994). Os mesmos autores acrescentam que o cuidar em enfermagem alcança o bem-estar da pessoa tal como esta o define, acompanhando-a nas suas experiências de saúde e doença, em que o enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados.

Este relatório é um objeto físico do meu interesse pela solidificação do saber prático apreendido e/ou aprofundado durante o curso de mestrado, e a priorização de uma postura ativa e de participação no meu processo de aprendizagem. A metodologia é suportada por uma prática reflexiva, que possibilita a partilha de saberes e a apropriação de competências nas experiências de estágio – a aprendizagem experiencial. Esta metodologia assenta também numa prática baseada na evidência científica, com a produção de instrumentos de análise crítica, traduzidos em jornais de aprendizagem e diários de campo. A sua elaboração teve como base um guia orientador de observação das intervenções de enfermagem e o ciclo reflexivo de Gibbs. As fichas de leitura resultaram da pesquisa de literatura sobre a temática abordada, complementaram os meus conhecimentos teóricos e a estruturação do meu pensamento crítico na prática de cuidados. O percurso experiencial foi desenhado num cronograma, que evidencia os locais de estágio e os delimita temporalmente. Para estágio selecionei os seguintes serviços: um jardim-de-infância, uma unidade de saúde familiar, um serviço de urgência pediátrica, uma unidade de cuidados intensivos e, por último, o meu contexto de trabalho, um serviço de pediatria oncológica. Em todos os locais apresentei o Guia Orientador das Atividades de Estágio com todas as atividades transversais. As atividades específicas emergiram do diagnóstico de situação e da apropriação das necessidades reais de todos os intervenientes, manifestadas pelos enfermeiros chefe, enfermeiros orientadores especialistas em SIP e restantes elementos das equipas de enfermagem.

Neste percurso contemplei a aquisição e desenvolvimento de competências, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), considerando que o enfermeiro especialista é detentor do conhecimento profundo de um domínio específico de enfermagem, considera as respostas humanas associadas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e demonstra um nível elevado de julgamento clínico e de tomada de decisão. Evidencia-se também a certificação de competências especializadas que asseguram capacidades e habilidades, que na prática clínica permitem considerar as necessidades de saúde de um grupo-alvo, atuando em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção.

Numa fase inicial deste relatório surge o enquadramento concetual com referenciais teóricos de enfermagem e evidência científica e, na sua sequência, a identificação e justificação do problema e do objeto em estudo. Posteriormente, apresento uma descrição e a análise da experiência em estágio em que dou relevo aos objetivos, às atividades desenvolvidas e aos recursos mobilizados, aspetos indispensáveis no culminar da apresentação das competências comuns e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (SIP). De seguida, e considerando a incompletude que me assola na busca de mais conhecimento e na indução de mudança nas práticas de enfermagem, proponho um projeto de implementação no futuro, fomentando a continuidade deste percurso passado para um futuro próximo. Este projeto confere prioridade à formação da equipa de enfermagem para a inclusão do brincar terapêutico na prática dos cuidados à criança e família com doença oncológica, integrando simultaneamente a introdução do Kit “Dói que não dói” na preparação da criança e família para procedimentos invasivos. No seu *términus*, surgem as considerações finais onde faço uma abordagem às questões éticas e uma apreciação global deste percurso de aprendizagem e construção individual que visa um crescimento enquanto enfermeira especialista, tecendo, não só as limitações deste trabalho e os pontos importantes para a sua continuidade, como também o seu contributo para a melhoria das práticas de enfermagem em pediatria.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 A doença oncológica em idade pediátrica

O enquadramento conceptual foi construído a partir de uma pesquisa bibliográfica, com fundamento em evidência científica sobre a temática em estudo, que me permitiu tal como refere Fortin (1999) expor a teoria que melhor explica os factos observados, delimitando os conceitos e as relações que os caracterizam. Este capítulo foca conteúdos como a evolução da oncologia pediátrica e a filosofia dos cuidados pediátricos, fazendo a sua relação com o brincar terapêutico na gestão das emoções. No seu conjunto constituíram o suporte teórico deste percurso formativo.

Na atualidade, a doença oncológica surge como uma importante causa de mortalidade e morbilidade no nosso país, diagnosticando-se cerca de 40 a 45 mil novos casos por ano (Paredes *et al*, 2008). O cancro é uma doença crónica, que não escolhe pessoas, géneros ou profissões, podendo surgir em qualquer idade e agregada a representações sociais ligadas a um sofrimento intenso (Barros, 2008).

Na idade pediátrica, o cancro é uma doença rara, no entanto, apresenta uma maior variedade de tumores comparativamente à população adulta. Nos países desenvolvidos, a literatura descreve-a como sendo a segunda causa de morte e incapacidade infantil, colocando os acidentes no primeiro lugar do pódio (Alto Comissariado da Saúde, 2009; Direcção Geral da Saúde (DGS), 2002a). Norton & Bento (2007) afirmam que as causas do cancro na criança permanecem ainda por definir, contudo, os distúrbios genéticos e as deficiências imunológicas desempenham um papel determinante na sua etiologia.

O desenvolvimento da ciência e da tecnologia e o aparecimento de novas terapêuticas têm contribuído para travar a evolução da doença oncológica, anteriormente associada a uma elevada taxa de mortalidade. Objetivamente, o diagnóstico precoce e o tratamento em centros especializados têm aumentado a sobrevivência das crianças, em que apenas 25% não consegue obter a cura (Lacerda *et al* 2007; Barrakat, 2010; Mcharg, 2010). Neste sentido, as particularidades da doença oncológica e a complexidade dos seus tratamentos exigem uma maior

especialização dos recursos humanos e da estrutura dos cuidados de saúde, apesar das dificuldades e limitações na criação de unidades especializadas no cuidar destas crianças com cancro (DGS, 2002a).

Todo o processo de doença, desde o diagnóstico até à possível cura, constitui um momento partilhado de grande sofrimento, ansiedade e angústia pela criança e sua família. A intervenção do enfermeiro neste contexto de cuidados é preponderante no restabelecimento do equilíbrio familiar e na melhoria da qualidade de vida de todos os seus elementos (Barros, 2008). Além disso, a doença oncológica na criança e família abrange uma enorme amplitude de sentimentos e emoções, pelo que os cuidados devem ser centrados na família, para que se experimente sentimentos positivos, como a segurança, a tranquilidade, o afeto e a proteção.

1.2 A gestão de emoções em enfermagem pediátrica: O brincar terapêutico como estratégia no cuidar

A *American Academy of Pediatrics* (2006) reconhece a família como a principal fonte de força da criança, e que o conhecimento que a família detém sobre a mesma é essencial na tomada de decisões clínicas. Casey e Mobbs (1988) enfatizam este conceito com um modelo de enfermagem baseado na parceria de cuidados, centrados na família, reconhecendo-a como o melhor cuidador da criança. Esta parceria implica que o enfermeiro priorize a unicidade da família, ajudando-a a vivenciar a experiência de doença positivamente e de acordo com as suas necessidades (Pedro, 2009). Watson (2003) reforça este conceito focando que a enfermagem tem um forte compromisso com o cuidar da pessoa na sua totalidade e individualidade.

A criança e família com cancro experimentam momentos de grande vulnerabilidade, com manifestações como o isolamento, a alteração das relações familiares e sociais, a modificação de crenças e a perda do controlo sobre a vida, em que os sonhos e alguns projetos ficam adiados. Esta vulnerabilidade é potenciada pelos múltiplos e intemporalmente definidos internamentos, que englobam uma diversidade de procedimentos invasivos associados ao sofrimento físico e psicológico. Este

sofrimento é influenciado pela conjugação e acumulação dos vários stressores da hospitalização, como a separação dos pais, a perda de controlo, o medo das lesões corporais e a dor (Mulrooney, 2010). Assim, é importante que o enfermeiro compreenda a filosofia dos cuidados não traumáticos, que correspondem a intervenções terapêuticas da equipa de saúde para eliminar ou minimizar o sofrimento da criança e família nestas experiências (Manchester, 2009; Olmstead, Scott e Austin, 2010; Hockenberry e Wilson, 2011).

Cuidar da criança e família com cancro implica que o enfermeiro compreenda as experiências emocionalmente intensas e mobilize mecanismos intrínsecos num ambiente dos afetos. Além do mais, implica estar em plena sintonia com os conflitos do outro e com todos os danos que a pessoa pode sofrer (Watson, 2002), e de facto a vivência emocional do sofrimento da criança e família com cancro é muito intensa. Benner (2005) sugere que a gestão das emoções em enfermagem está ligada a um nível de experiência e perícia clínica, em que os enfermeiros peritos se envolvem com os clientes e valorizam as emoções na sua prática. Este trabalho com as emoções, inscrito no compromisso do cuidar, ultrapassa as intervenções tecnicistas, enfatiza o investimento na relação afetiva e valoriza as experiências emocionais dos clientes (Diogo, 2012). Em oncologia pediátrica, as emoções estão sempre presentes na relação de cuidados. O enfermeiro desenvolve a experiência do “*sentir*”, encarando as emoções como orientadoras do seu agir, transparecendo a sua intencionalidade de cuidar (Diogo, 2006). A experiência emocional no cuidar passa então por um meio de comunicação e expressão de sentimentos humanos, existindo uma entrega pessoal numa profissão das emoções, a enfermagem (Watson, 2003).

As emoções, em algumas situações, podem não estar conscientes para a criança e família, enquanto não são transformadas em sentimentos (Damásio, 2001). O neurocientista fala também das emoções como a razão de ser dos nossos atos, em que as emoções surgem no “*teatro do corpo*” e se deixam transparecer pelos movimentos do rosto, na voz ou em comportamentos específicos inerentes à própria vida. E é na relação enriquecedora, entre o enfermeiro e a criança e família, que surgem experiências emocionais intensas, em que um turbilhão de afetos coexistem, para quem cuida e quem é cuidado. Diogo (2006) acrescenta ainda que o facto de

as emoções poderem ser um conjunto de fragmentos emotivos e de sentimentos difíceis de explicar, torna-se complicado a sua compreensão para quem está exterior a ela. A chave para prosperar o bem-estar emocional assenta, não em evitar os sentimentos desagradáveis, mas sim em educar as emoções para impedir que os sentimentos negativos prevaleçam e dominem (Mercadier, 2004). Portanto, é primordial compreendermos a totalidade da experiência emocional da criança, para promovermos a expressão das suas emoções negativas, para reconhecê-las e geri-las de forma saudável, melhorando o seu bem-estar emocional e aliviando o seu sofrimento (Diogo, 2012). Uma das estratégias para promover a gestão positiva das emoções nos contextos de saúde e doença é o brincar terapêutico, largamente considerado e mobilizado nos cuidados de saúde à criança e ao jovem.

A atividade do brincar registou um maior reconhecimento e valorização na última metade do século XX, nomeadamente, através da Declaração da *International Play Association* e da Convenção sobre os Direitos da Criança. Ao longo dos tempos, tem sido alvo de interesse nas diversas disciplinas do saber e é um dos direitos e uma das necessidades básicas da criança, apresentando-se como uma experiência humana complexa, essencial ao desenvolvimento infantil (Brazelton, 1995).

O pediatra e psicanalista inglês Winnicott contribuiu para redimensionar a brincadeira instituindo-a como uma atividade infantil, que também faz parte do mundo adulto. Para o autor o brincar ultrapassava o imaginar e desejar, implicava o fazer, por isso, constituía-se em si mesmo como uma terapia, uma experiência criativa, contínua no tempo e no espaço, sendo uma forma básica de viver (Winnicott, 1989). Além disso, focava que a atividade do brincar é universal e é própria da saúde, facilita o crescimento e incentiva a relação entre as pessoas, representando uma forma de comunicação. A Declaração sobre a Criança e o Direito de Brincar emitida pela *International Play Association* (IPA), elaborada originalmente no ano de 1977, referenciava já o brincar como transversal a todas as culturas, encontrando-se associado à satisfação das necessidades básicas da nutrição, saúde, habitação e educação, constituindo uma atividade fundamental no desenvolvimento das potenciais capacidades as crianças de todo o mundo. Esta declaração salienta ainda que o brincar é uma forma de comunicação e expressão,

que une o pensamento à ação, os sentimentos de prazer à realização, promovendo o desenvolvimento físico, mental, emocional e social da criança.

Ao longo do seu crescimento e amadurecimento o brincar assume diferentes formas, com tendência para ser cada vez mais elaborado, refletindo as diversas competências que a criança vai adquirindo gradualmente (Brazelton, 1995). Deste modo, o brincar é parte integrante do processo de amadurecimento físico, psicológico, social e moral da criança, que liberta as suas tensões e frustrações através da exteriorização dos seus sentimentos, com a manifestação da sua satisfação, do seu prazer e espontaneidade. Para além das suas funcionalidades o brincar constitui-se como um instrumento terapêutico nos cuidados de saúde pediátricos, sobretudo, quando as ações encerram uma intencionalidade terapêutica. No entanto, é necessário fazer uma distinção entre os dois tipos de brincar em cuidados de saúde apresentados por Walker (1988): a terapia pelo brincar e o brincar terapêutico. Ambos com o mesmo objetivo priorizam o estabelecimento de uma relação entre o cuidador e a criança e, também, um ambiente de cuidados que permite à criança a exteriorização de sentimentos negativos relativamente à sua vivência. Todavia, a terapia pelo brincar distingue-se do brincar terapêutico, porque é um recurso utilizado pelos psicoterapeutas no diagnóstico de distúrbios psicológicos na criança, ao mesmo tempo que facilita a libertação de tensões e possibilita à criança adquirir as habilidades necessárias para o seu desenvolvimento psicológico.

A equipa de enfermagem ocupa uma posição privilegiada na implementação do brincar terapêutico nas práticas diárias. A valorização pela individualidade da criança é fundamental e pode ser demonstrada através do interesse pelas suas preferências no que diz respeito às atividades lúdicas e recreativas, ao seu nome preferido, às expressões de afeto que lhe são familiares e ao seu brinquedo especial. Neste contexto, o enfermeiro pode utilizar a atividade do brincar como instrumento terapêutico na gestão da emocionalidade, uma vez que esta atividade, quando usada de modo intencional e sistemático, promove a adaptação da criança e família ao ambiente do hospital, contribuindo para uma experiência positiva de hospitalização (Pereira, Nunes, Teixeira e Diogo, 2010). Os autores apontam ainda que o brincar traz vários benefícios para a criança e família, tais como: o sentimento

de controlo, o sentimento de segurança, a expressão emocional, a prevenção do isolamento social, a promoção da distração e a desconstrução e enfrentamento de medos e receios.

Os benefícios do brincar nos cuidados de saúde são também descritos por Mitre (2004) que no seu estudo encontrou que a atividade do brincar no hospital é uma estratégia para se lidar com questões, como a adesão ao tratamento; o estabelecimento de uma relação terapêutica; a promoção da comunicação entre a criança, a família e os enfermeiros; e, a manutenção dos direitos da criança. Além disso, o autor faz referência à dimensão emocional relacionando o brincar com a expressão de sentimentos, preferências, receios e hábitos, essenciais na gestão das emoções durante a hospitalização. Desta forma, torna-se possível promover um ambiente seguro e de afetos, onde a criança e a família se sentem bem. Diogo (2012) enfatiza que o bem-estar tem um impacto nas emoções positivas e o seu inverso está associado a um ambiente, que a criança e família percebem de estranho e stressante, frio e assustador. A mesma autora liga o brincar à gestão das emoções da criança, na medida em que promove o relaxamento, a expressão emocional e a distração. Neste sentido, e considerando que a criança e família com cancro está envolvida em experiências emocionais e fisicamente intensas, a utilização de técnicas de distração e de comunicação, como o recurso ao brincar terapêutico, permite-lhes desenvolver estratégias de *coping* (Jun-Tai, 2008). No seu estudo a autora refere que as crianças ficam menos expostas ao medo quando distraídas com um brinquedo, pois deslocam angústia e atenção do procedimento em si para o objeto de distração.

É importante que o enfermeiro observe a criança durante as brincadeiras, para identificar e despistar problemas de seu desenvolvimento, sobretudo, quando a criança recusa brincar ou não evolui nas suas atividades lúdicas. Nas diferentes etapas de desenvolvimento da criança, a brincadeira vai assumindo características específicas. Papalia, Olds e Feldman (2001) referem que ao longo do crescimento da criança a brincadeira tem tendência para tornar-se mais social e cooperativa, pois inicialmente as crianças brincam sozinhas, para posteriormente brincarem lado a lado com outras crianças e, finalmente brincarem em parceria. Para Holkenberry e

Wilson (2011) a participação social da criança nas brincadeiras divide-se em vários tipos, como a brincadeira observada, solitária, paralela, associativa e cooperativa.

No hospital, o brincar assume formas de aplicabilidade específicas, podendo ser um brincar dirigido ou livre. O brincar livre é espontâneo e, essencialmente, utilizado nos cuidados de forma recreativa e lúdica, em que a conduz a brincadeira de acordo com as suas necessidades. Por sua vez o brincar dirigido implica atividades programadas e estruturadas, desenvolvidas com o intuito de promoverem a expressão emocional e preparem a criança e família para procedimentos invasivos. O momento em que a atividade de brincar é introduzido nos cuidados está relacionado com as necessidades manifestadas pela criança, em que esta imprevisibilidade leva-nos a mobilizar o brincar de forma espontânea na prestação de cuidados. As brincadeiras surgem em diversos locais do espaço hospitalar, de acordo com a sua função. As salas de atividades estão associadas ao desenvolvimento de atividades lúdicas, no entanto, podem ser palco de preparação da criança para os procedimentos, uma vez que a criança se sente mais segura nesse ambiente de cor e fantasia, repleto de brinquedos e jogos que lhe são familiares (Jun-Tai, 2008). Independentemente da função do uso do brincar e do próprio brinquedo na relação estabelecida com a criança, em todas as situações da vida brincar é um direito da criança, em esta evolui e adapta-se às alterações do quotidiano e até nos processos de saúde e de doença.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

O serviço de oncologia pediátrica é uma referência nos cuidados à criança e família com cancro, que inclui o serviço de internamento, o hospital de dia de pediatria e as consultas externas de pediatria. O serviço de internamento integra a unidade especial de vigilância, a unidade de isolamento e a enfermaria. Este serviço apresenta uma equipa multidisciplinar (educadoras de infância, professoras, assistente social, psicóloga, dietistas, médicos e enfermeiros), contando com o contributo de cerca de 35 enfermeiros, sendo dois especialistas em SIP. A pediatria recebe crianças e adolescentes até aos 16 anos de idade, provenientes de Lisboa e Vale do Tejo, região sul do país, regiões autónomas da Madeira e Açores e dos países africanos de língua oficial portuguesa. A faixa etária predominante das crianças admitidas neste serviço, segundo dados do serviço de informática, situa-se entre os 3 e os 5 anos.

Apesar dos avanços tecnocientíficos da especialidade pediátrica, a criança ainda é submetida a experiências traumáticas que são aos seus olhos ameaçadoras. De acordo com a idade e etapa de desenvolvimento, a criança vive e ultrapassa estes momentos de forma única. A criança e a família atravessam várias hospitalizações, por vezes, por longos períodos e em regime de isolamento. O tratamento da doença oncológica implica vários tipos de tratamentos, concomitantes ou não, como a quimioterapia, a radioterapia e a cirurgia, confrontando a criança e a sua família com procedimentos dolorosos físicos, psicológicos e emocionais (Hildenbrand, 2011). Neste percurso, o autor refere que os procedimentos dolorosos são diversificados e incluem: punções venosas, punções de cateteres subcutâneos, punções lombares, diversos tipos de pensos, injeções intramusculares ou subcutâneas, entre outros, que são motivo de sofrimento intenso para a criança e família.

No contexto do cuidar, pela minha vivência e através do levantamento das necessidades do meu serviço, identifiquei que os enfermeiros interagem através de brincadeiras com as crianças. Contudo, há um reconhecimento geral pela equipa, que nem sempre esta atividade faz parte do plano de cuidados de forma estruturada e sistematizada, com a intencionalidade terapêutica de preparar a criança para os

procedimentos dolorosos e gerir toda emocionalidade emergente, da criança e família. As dificuldades ou limitações sentidas pelos enfermeiros, na implementação do brincar terapêutico, estão relacionadas com: a falta de tempo (escassez de recursos humanos e maior preocupação com outras intervenções de enfermagem, que consideram prioritárias); a insegurança do uso do brinquedo terapêutico por déficit de conhecimentos; e, a falta de motivação relacionada com fatores de stresse na prática diária. Perante esta realidade, surgiram inquietações e questionei-me: *“Como utilizar o brincar terapêutico na gestão das emoções no cuidar da criança e família com cancro?”*; *“Como incluir o brincar terapêutico no cuidar à criança e família com doença oncológica, durante a hospitalização?”* e *“Como integrar o brincar terapêutico na preparação da criança e família para procedimentos dolorosos?”*.

As vivências da criança e família com doença oncológica durante a hospitalização e, em especial, os procedimentos invasivos geram medo, ansiedade e tensão na criança e família (Hildenbrand, 2011). Os enfermeiros são os elementos da equipa que podem contribuir para que esta experiência não seja traumática, ao considerarem as necessidades emocionais e sociais de cada criança, mobilizando técnicas de comunicação e relação, que incluem interações criativas com brinquedos (Pedro, 2009). E faz sentido cada vez mais investir nesta área, pois tal como a Watson (2003) refere o cuidar em enfermagem tem enfoque nas relações humanas, nas transações entre a pessoa e o seu ambiente e, também, como estes elementos afetam a saúde e o bem-estar. Assim, encontro pertinência nesta temática, que deve ser perspectivada atendendo aos benefícios do brincar para a criança e família, para o enfermeiro e para o próprio ambiente de cuidados.

O brincar fortalece a relação de confiança com a criança e família e deve ser utilizado na preparação da criança para os procedimentos dolorosos, os quais são os principais geradores de stresse durante a hospitalização. Se através do brincar terapêutico a criança compreender os procedimentos a que irá ser submetida, desenvolve uma maior tranquilidade, segurança e aceitação dos tratamentos (Olmstead *et al.*, 2010). Além do mais, tendo em conta que o brincar é uma das necessidades da criança, independentemente da sua etapa de desenvolvimento, se

esta for suprimida pode desencadear distúrbios comportamentais, como alterações do padrão de sono, irritabilidade, agressividade e isolamento social (Barros, 2003).

Nos cuidados pediátricos é importante investir na formação da equipa de enfermagem relativamente ao brincar terapêutico, para se garantir a qualidade dos cuidados. E, ainda que num contexto de doença, é fundamental garantir a continuidade do desenvolvimento infantil, identificando-se em conjunto com os pais as potencialidades da criança, como a imaginação, a criatividade e inteligência (Brazelton, 1995). Portanto, o brincar não pode deixar de ser integrado nos cuidados à criança com doença oncológica. O brincar, sendo uma constante na vida da criança, proporciona-lhe uma sensação de bem-estar emocional, expressando a sua felicidade através da invenção de um mundo imaginário, esquecendo-se do mundo real, o hospital. Além do mais, a teatralização da realidade permite à criança uma maior compreensão da doença, ficando mais tranquila, para enfrentar e gerir os seus medos. Diogo e colaboradores (2010) apoiam este pensamento acrescentando que o brincar é fundamental na gestão das emoções da criança ao promover o relaxamento, a expressão emocional e a distração. Barros (2003) defende, igualmente, que o brincar contribui para gerir a emocionalidade excessiva das crianças, diminuindo o sofrimento durante a experiência de hospitalização.

O brincar terapêutico leva à diminuição e até superação de medos e ansiedades geradas pelos tratamentos (Olmstead *et al.*, 2010). No entanto, é essencial que a equipa de enfermagem se aproprie dos benefícios desta estratégia, através de uma prática diária estruturada, em que os fatores ambientais e emocionais são considerados. O brincar usado intencionalmente permite uma experiência positiva de hospitalização e tem repercussões para a criança e família, na gestão das suas emoções em experiências futuras. Watson (2002) enfatiza este aspeto em que a enfermagem perspetiva os seres humanos como vivenciados, pela interligação evolutiva com o ambiente.

Os enfermeiros que cuidam da criança e família com cancro reconhecem nas suas vivências, momentos emocionais e físicos de intenso sofrimento associados aos frequentes procedimentos invasivos. O brincar terapêutico torna-se precioso, uma vez que a inevitabilidade destas intervenções é diminuta, pelo carácter de

cronicidade que a doença oncológica comporta. Para Hildenbrand (2011) o brincar terapêutico é um método não farmacológico, que prepara a criança e família para os procedimentos hospitalares, trazendo conforto e segurança às experiências desconhecidas e assustadoras. Observar as crianças, durante a atividade do brincar, permite à equipa de saúde ver como desenvolvem determinadas habilidades, tais como, o investigar, descobrir, construir, imitar e imaginar, pelo que durante a hospitalização não faz sentido deixarem de o fazer (Jun-Tai, 2008). A mesma autora acrescenta que o brincar sistemático e estruturado é reconfortante, sobretudo, num ambiente desconhecido, como o hospital, levando a que a criança possa sentir alguma aproximação ao seu ambiente familiar e social. Esta abordagem permite-nos obter resultados específicos ligados ao cuidar, obtendo-se informações que contribuem para a tomada de decisões clínicas. Por exemplo, a criança pode encontrar expressão no desenho ou numa história, ou compreender a sua condição ou tratamento através de uma boneca. O brincar terapêutico ajuda na comunicação, cooperação, escolha e consentimento durante o tratamento (Jun-Tai, 2008).

O brincar terapêutico nos cuidados à criança e família com cancro, durante a hospitalização, concorre para a humanização dos cuidados, uma vez que ativa e estrutura as relações enfermeiro, criança e família; diminui o medo da criança relativamente ao enfermeiro; a criança aceita o enfermeiro como uma pessoa, que não realiza apenas procedimentos dolorosos (Hait, 2003). Logo, o enfermeiro tem um maior envolvimento na situação, fazendo usufruto de sentimentos e emoções de satisfação e gratificação, por ser uma referência para a criança e família. O brincar intencional permite ao enfermeiro obter uma maior colaboração da criança, resistindo menos ao procedimento e acabando por existir um fortalecimento da relação afetiva do enfermeiro com os pais, por maior proximidade com a criança (Sandgren, Thulesius, Fridlund, & Petersson, 2006).

A pertinência do uso do brincar na gestão das emoções é também justificada pelos benefícios do brincar para o ambiente de cuidados. O ambiente sofre uma transformação positiva e o que se sente é mais a alegria, descontração, felicidade, tranquilidade, como se o hospital ganhasse semelhanças aos espaços lúdicos, estruturas já conhecidas do mundo da criança. O brincar terapêutico pode ser aplicado em 10 a 15 minutos, pois é uma técnica, que não exige um local específico,

apenas um ambiente acolhedor. Contudo, deve incluir brinquedos terapêuticos para atingir os objetivos pretendidos (Hait, 2003). O autor exemplifica de como a dramatização pode permitir à criança exteriorizar os seus sentimentos, aliviando a sua ansiedade e medos, com a expressão das suas necessidades. Assim, constitui-se como objeto deste estudo o uso da atividade do brincar como instrumento terapêutico na gestão da emocionalidade intensa vivida pela criança e família, para promover o seu bem-estar e aliviar o sofrimento.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA EM ESTÁGIO

A prática em enfermagem revela-se um lugar de questões, dilemas e incertezas, que incentivam uma prática reflexiva, sendo em si mesma um meio de se obter conhecimento (Benner, 2005). A reflexão é essencial para potencializar as capacidades dos profissionais ao implicar um processo de autoconhecimento e de compreensão das próprias ações, produzindo-se novas formas de agir face aos desafios. Para Nascimento (2001) é com a experiência clínica que o profissional adapta o seu conhecimento, promove as suas próprias interrogações, transformando a prática num lugar com elevado potencial de produção de conhecimento, de orientação de novas aprendizagens, de desenvolvimento pessoal e profissional. Assim, nasce com pertinência o presente capítulo, que se apresenta como uma descrição e análise das experiências em estágio.

A enfermagem deve preocupar-se com o desenvolvimento de novos conhecimentos relacionados com o comportamento humano na saúde e na doença (Watson, 2002). De acordo com esta premissa, perspetivei para os estágios vários serviços pediátricos, os quais passo a citar: um jardim-de-infância, uma unidade de saúde familiar, um serviço de urgência pediátrica, uma unidade de cuidados intensivos pediátricos e um serviço de oncologia pediátrica (contexto de trabalho). Este percurso pode ser visualizado esquematicamente no **“Cronograma de Estágio”** (Apêndice I). A ordem e o tipo de serviços escolhidos tiveram inerente a intencionalidade evolutiva da minha aprendizagem, em que priorizei a passagem por contextos de saúde, para depois vivenciar momentos de interação com a criança e família em situação de doença.

O foco central da minha intervenção foi o uso do brincar terapêutico na gestão das emoções enquadrado, tal como enfatiza Barros (2003), no ultrapassar dos obstáculos dos serviços para contribuir com experiências emocionais positivas, para a criança e família, durante os processos de saúde e doença. A inclusão sistemática do brincar terapêutico nos cuidados remeteu-me para as questões éticas, em que a garantia dos direitos da criança, com respeito pela sua autonomia e vulnerabilidade, foi alvo de valorização em todos os contextos. Além do mais, considerei que o cuidar

em enfermagem é traduzido num conhecimento holístico, num jogo de relação dos vários domínios do saber, em que a ética tem sempre a sua presença (Thompson, Melia e Boyd, 2004). A minha atuação foi também orientada pelo Código Deontológico do Enfermeiro e a sua valorização aproximou-me de uma prática reflexiva. Todas as atividades foram desenvolvidas com a preocupação pela defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, considerando o alívio do sofrimento da criança e sua família, com primazia do princípio da beneficência e da não maleficência. Na descrição das experiências considerei o princípio da confidencialidade, assim como nas entrevistas enalteci o direito à privacidade e anonimato. Sem precedência, foram atendidos os valores universais da própria relação profissional, manifestada pelo respeito pela igualdade, verdade e justiça, na busca da competência e aperfeiçoamento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2003).

Este capítulo encontra-se dividido em três partes distintas. Numa primeira fase refiro-me aos **objetivos gerais e específicos**, delineados com o intuito de desenvolver competências específicas e comuns do enfermeiro especialista em SIP. A segunda parte incide na descrição, com uma intencionalidade de análise crítica e reflexiva, das **atividades transversais** aos campos de estágio, abordando referenciais teóricos e científicos que as sustentam. Na mesma sequência surge a terceira parte onde exponho as **atividades específicas**, originadas a partir das atividades transversais. Num quarto ponto apresento, numa amplitude geral, as competências adquiridas. Toda esta reflexão foi desenhada com vista à aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em SIP, pelo que são alvo de menção ao longo de todo o capítulo, numa relação direta com o percurso experiencial. As competências adquiridas em estágio são analisadas à luz dos domínios, unidades de competência e critérios de avaliação do Regulamento das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010a e 2010). Na sua globalidade, este é o testemunho do meu processo de aprendizagem, que encerra um caminho profissional na promoção das boas práticas, indutoras da qualidade e humanização dos cuidados em enfermagem.

3.1 Objetivos gerais e objetivos específicos

Os objetivos gerais e específicos apresentados estão interligados com a aquisição de competências nos diferentes contextos. Nunes (2010) realça que estabelecer objetivos é um dos pontos essenciais no desenvolvimento de um percurso profissional, sendo que sem a sua determinação não existe uma planificação concreta e plena das atividades. Carvalho e Carvalho (2006) apontam que os objetivos devem ser pertinentes, mensuráveis, precisos, compreensíveis e exequíveis. Os autores valorizam a determinação de objetivos específicos, que nascem a partir de um tronco comum do objetivo geral. O objetivo geral é uma expressão de uma intervenção ativa, envolvendo os recursos da equipa de saúde, da comunidade e/ou da população em geral, ao passo que os objetivos específicos culminam nas várias etapas para alcançarmos o geral. Os pilares básicos da redação de objetivos são a ação e o conteúdo. Deste modo, os **objetivos gerais** estabelecidos para os estágios foram os seguintes:

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em SIP no cuidar da criança e família, com enfoque na gestão da emocionalidade das suas vivências através da atividade do brincar;
2. Promover a incorporação da atividade do brincar nos cuidados à criança e família, como instrumento terapêutico na gestão das emoções e na preparação da criança para os procedimentos dolorosos.

Os objetivos específicos destinam-se a dar resposta aos objetivos gerais, não fazendo sentido a sua separação, uma vez que são tangenciais e comuns ao objetivo 1 e 2. Assim, estabeleci os seguintes **objetivos específicos**:

- A. Contribuir para uma experiência emocionalmente positiva da criança e família durante os processos de saúde e doença;
- B. Minimizar o sofrimento emocionalmente intenso das vivências da criança e família na doença, destacando o uso do brincar terapêutico;

C. Aprofundar conhecimentos sobre o brincar terapêutico em enfermagem pediátrica, aplicado à gestão de emoções e preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos;

D. Caracterizar a estrutura de cada serviço e a dinâmica da equipa de enfermagem, enfatizando aspetos relacionados com o brincar no ambiente de cuidados;

E. Cooperar com a equipa educativa do jardim-de-infância na abordagem de temas relacionados com o hospital, através da atividade do brincar;

F. Despertar a sensibilidade da equipa de enfermagem para os benefícios do brincar na gestão das emoções da criança e família, nos processos de saúde e doença;

G. Promover ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem com temas relacionados com a gestão de emoções em enfermagem pediátrica, o brincar terapêutico e a preparação da criança para os procedimentos dolorosos.

Para atingir tais objetivos propostos aloquei e mobilizei vários recursos, entre eles, **recursos humanos, materiais, físicos e temporais**. Nos recursos humanos posso salientar o contributo dos enfermeiros chefes e especialistas em SIP, dos peritos de cada área de intervenção e da equipa de enfermagem. A criança e família foram elementos chave, na medida em que constituem o pilar do cuidar em enfermagem. Quanto aos recursos materiais e físicos destaco todos os locais de estágio e, ao nível material foi fundamental recorrer a livros, artigos com evidência científica, a bases de dados científicas, aos processos clínicos e de enfermagem da criança e família. Além disso, utilizei materiais lúdicos ligados à atividade do brincar, adequados à faixa etária da criança, como brinquedos, histórias e jogos. Temporalmente, os objetivos e as atividades implementadas decorreram com o que se apresenta estruturado em cronograma.

3.2 Atividades transversais a todos os campos de estágio

Todas as atividades são o reflexo da minha prática em estágio, sustentada em referenciais teóricos e evidência científica, e foram desenvolvidas com base nas minhas ambições profissionais, nas necessidades reais das equipas de enfermagem dos diversos contextos e, sobretudo, nas necessidades da criança e da família, binómio central dos cuidados em enfermagem. Em todos os locais realizei uma reunião com os enfermeiros chefe e orientadores de estágio, onde apresentei o projeto de estágio através do **“Guia Orientador das Atividades de Estágio”** (Apêndice II). A apresentação incluiu o método expositivo, com o recurso informático a slides, durante aproximadamente quinze minutos. Na exposição dei a conhecer as minhas motivações pessoais, profissionais e académicas, que desencadearam o projeto inicial e intitularam o presente relatório. Especificamente abordei o problema identificado, as dificuldades da prática que motivaram o investimento nesta área, e a sua pertinência para a equipa de enfermagem, para a criança e família e para o ambiente de cuidados. No final apresentei os objetivos gerais e específicos de estágio, que viabilizaram o planeamento das atividades transversais e específicas. Sem existir uma dissociação dos recursos necessários referi os recursos humanos, físicos e materiais indispensáveis para atingir os objetivos propostos. Esta atividade permitiu-me dar início à recolha de informação a incluir no **“Diagnóstico Situacional dos Locais de Estágio”** (Apêndice III).

A elaboração do diagnóstico de situação surgiu da minha inquietação face a um sistema de saúde de constantes e rápidas mudanças no ambiente do cuidar, advindas das alterações sociais e económicas na sociedade. Para Teófilo *et al* (2010) o diagnóstico de situação concretiza-se num mapa de conhecimento sobre uma situação ou problema, com uma descrição da realidade sobre a qual se pretende agir e modificar. Imperatori e Geraldês (1993) salientam que só com um diagnóstico é que se torna possível partir para a ação. Este diagnóstico obriga a uma fase de identificação das potencialidades e dos recursos do local de intervenção, objetivando-se um real e verdadeiro conhecimento da situação atual (Teófilo *et al.*, 2010). Partindo destes princípios, justifico a pertinência do diagnóstico situacional, acreditando que o enfermeiro deve estar atento ao ambiente circundante

de influência na intervenção em pediatria. A consulta das normas e protocolos de intervenção de cada serviço foi igualmente importante para completar os dados recolhidos em campo. Nesta consulta detetei a existência ou não de projetos em curso relacionados com o brincar terapêutico, como por exemplo, a intervenção da “Operação nariz vermelho” nos hospitais. Na visita às instalações estive atenta às potencialidades da estrutura e dinâmica funcional, facilitadoras ou condicionadoras, da inclusão sistemática da atividade de brincar nos cuidados à criança e família. Além disso, esta visita também contribuiu para a obtenção de dados para o diagnóstico de situação.

As atividades já mencionadas, no seu conjunto, permitiram-me efetuar um levantamento das necessidades da equipa de enfermagem, auscultar a sua receptividade face à temática em estudo e estabelecer atividades específicas para cada campo de estágio, perspetivando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e família. Por conseguinte, aloquei os recursos do ambiente e conciliei particularidades, implementando atividades ajustadas às minhas necessidades formativas e às de cada serviço, defendendo uma postura profissional plena de agilidade e flexibilidade no agir. Estas atividades facilitaram igualmente minha integração nas equipas, em que o meu caloroso acolhimento teve um reflexo positivo na minha evolução.

As “**Entrevistas Semiestruturadas**” aos enfermeiros chefe ou orientadores de estágio foram aplicadas em todos os locais de estágio, a partir de um guião de entrevista que construí (Apêndice IV). O objetivo desta atividade centrou-se na obtenção da perceção dos enfermeiros sobre o uso da atividade do brincar na gestão das emoções no cuidar da criança e família. Em que considerei o significado da palavra *perceção*, que segundo o dicionário de língua portuguesa (Porto Editora, 2012) traduz a “*ação de conhecer, pela inteligência ou entendimento, independentemente dos sentidos*”. Os resultados obtidos nas entrevistas traduziram o conhecimento dos entrevistados sobre o brincar terapêutico, em que a perícia clínica dos mesmos revelou a realidade das práticas de enfermagem na atualidade. No início de cada entrevista salientei a importância da participação dos enfermeiros, garantindo a sua privacidade e anonimato, bem como a confidencialidade na análise

e divulgação dos dados obtidos. O registro efetivo da entrevista foi iniciado com a caracterização e descrição do ambiente e dos entrevistados.

A profissão de enfermagem tem atravessado profundas alterações indutoras de reestruturações, que suscitam no enfermeiro um empenhamento pessoal e profissional na busca de mais conhecimento científico. Silva (2003) defende na garantia da qualidade dos serviços é importante existir um investimento na formação dos profissionais, para um desempenho positivo das suas funções. Além disso, nas situações da prática clínica deve existir uma conjugação de conhecimentos, que preparam os profissionais para a explosão de informação científica e imposição de responsabilidades morais da atualidade. Neste sentido, impliquei-me na **consulta de literatura** de referentes teóricos da disciplina de enfermagem e numa pesquisa de artigos com **evidência científica**, em bases de dados internacionais, aprofundando conhecimentos sobre o brincar terapêutico e a gestão das emoções. Este aumento de conhecimento foi também fruto da observação direta das estratégias já utilizadas pelos enfermeiros peritos e/ou especialistas em cada área de cuidados. O desafio na busca do conhecimento confrontou-me com uma vasta quantidade de informação em artigos científicos de enfermagem, pelo que elaborei um conjunto de fichas leituras.

As “**Fichas de Leitura**” orientaram o meu pensamento crítico durante as experiências em estágio (Apêndice V). Tal como Polit e Beck (2004) considerei que pesquisar consiste em investigar sistemática e metodologicamente um tema, para esclarecer dúvidas ou resolver problemas, com o objetivo final de desenvolver, aperfeiçoar e expandir um corpo de conhecimento. Assim, investi numa pesquisa documental de artigos com evidência científica, recorrendo a palavras-chave como o brincar terapêutico, cuidar em enfermagem e a gestão de emoções. Quanto à leitura esta integrou um processo orientado, em que inicialmente efetuei uma leitura geral de cada artigo, retendo a mensagem central do autor. Numa segunda fase, procurei os conceitos e as principais ideias do autor, relacionando a informação com o meu tema. Numa terceira fase, construí o resumo da ficha, que suporta a teoria para a construção das reflexões sobre o brincar terapêutico na gestão das emoções, bem como o presente relatório.

Paredes *et al.* (2008) referem que a prática é um momento privilegiado para o desenvolvimento de aprendizagens ligadas à profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e para a reflexão sobre as práticas, contrariando o academismo e a desvalorização da reflexão e da curiosidade intelectual. De acordo com esta afirmação, elaborei documentos reflexivos sobre as interações vivenciadas, integrando uma análise crítica, para uma prática baseada em evidência científica e a tomada de decisão é partilhada com a criança e sua família. Este registo foi realizado através da elaboração de “**Diários de Campo**” e de “**Jornais de Aprendizagem**”, os quais foram organizados por campo de estágio (Apêndice VI e VII). Os diários de campo contribuíram para a organização e clarificação de concepções face a situações vivenciadas em estágio. Estes registos refletem a interação com a criança e a família, em que a atividade do brincar estava inerente ao próprio contexto. Instantes que trouxeram ao meu desenvolvimento, significados e representações que contribuíram para a compreensão do objeto em estudo. Previamente, construí um guia orientador de observação para uniformizar os parâmetros a registar em cada interação, permitindo uma riqueza de informação transversal a todos os campos de estágio. Os jornais de aprendizagem obedeceram a uma estrutura de reflexão com base no “Ciclo de Gibbs”, que organizou as minhas ideias e fez transparecer com realismo os momentos mais significativos para a aquisição de competências. Nesta linha de raciocínio Alarcão (2001) salienta que a construção e o desenvolvimento do conhecimento pessoal e profissional emergem de um processo de reflexão na ação e sobre a ação. O autor faz também referência à necessidade de emergência de um pensamento reflexivo, que se inicia na experiência do aqui e do agora, que se interroga e que produz mudança. Deste modo, os jornais de aprendizagem desenvolvidos refletem um pensamento crítico sobre as experiências de estágio, em que me confrontei com diferentes realidades na área da saúde pediátrica.

Durante os estágios detetei os **fatores indutores de emoções negativas na criança e sua família**, que acrescentavam sofrimento à vivência de doença e condicionavam a atividade do brincar. A gravidade da doença e a instabilidade hemodinâmica da criança podem ser apontados como fatores que despoletam emoções negativas e perturbadoras. A minha intervenção foi no sentido de

influenciar os profissionais a transformarem o ambiente de cuidados, pela promoção de um ambiente de afetos. Na sua maioria os enfermeiros estiveram sensíveis na adoção de medidas simples, tais como, permitir à criança ver desenhos animados na televisão, contagiar o espaço circundante com pinturas coloridas e o recorrer a brinquedos adequados à idade e etapa de desenvolvimento da criança durante os cuidados. Em todo o processo houve um investimento na expressão de sentimentos e emoções e, também, no esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informações à criança e família, atendendo ao seu desenvolvimento cognitivo.

3.3 Atividades específicas de cada local de estágio

A prática clínica é um local insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Embora se trate de um processo de desenvolvimento de conhecimentos, existem fatores culturais, psicológicos e biológicos inerentes ao próprio contexto que condicionam as mudanças nos comportamentos, sendo imprescindível ter a capacidade de reconhecer próprios limites de cada indivíduo e definir estratégias adequadas às situações em causa (Abreu, 2003). Este processo exige uma dinâmica que transforma a experiência em aprendizagens, possibilitando um processo de autoformação de mudanças, pela reflexão e pesquisa (Canário & Rummert, 2009). Por conseguinte, atendendo a estes pareceres, menciono as atividades específicas inerentes a cada local de estágio, as quais foram fundamentais para o desenvolvimento e aquisição de competências de especialista em SIP. As atividades surgem por campo de estágio e a sua ordem de menção atende à cronologia temporal dos estágios, apresentando-se nos seguintes termos: jardim-de-infância, unidade de saúde familiar, serviço de urgência de pediatria, unidade de cuidados intensivos e serviço de oncologia pediátrica.

O **jardim-de-infância** integra-se numa associação que pratica a qualidade e a inovação ao serviço da comunidade, indo ao encontro do que é defendido nas práticas de saúde, pois promove a autonomia e o bem-estar das pessoas em todas as fases da vida. Constituindo-se como uma instituição que defende valores como a

dedicação, a qualidade e a solidariedade, é detentora de uma filosofia institucional, que fundamentou a minha escolha deste campo de estágio. O estágio decorreu na **Sala Azul**, do ensino pré-escolar, que tem um projeto educativo desenhado a pensar para e nas crianças, parceiras na sua concretização efetiva (por exemplo, o nome da sala foi escolhido pelas crianças).

Na visita às instalações detetei evidências do ambiente infantil, adaptáveis ao contexto comunitário e hospitalar, enriquecedoras do ambiente do cuidar em enfermagem. A sala azul é um espaço amplo, com muita luminosidade, que facilmente se torna num ambiente escurecido na hora da sesta, dando resposta às necessidades da criança. Com valorização pela expressão de sentimentos e emoções através do desenho, o local contempla uma exposição dos trabalhos elaborados pelas crianças. Além disso, priorizando as características do desenvolvimento infantil, a sala organiza-se em cinco áreas temáticas (desenho, leitura, escrita, matemática, o faz de conta e a construção).

Esta experiência foi enriquecida pelo contacto com crianças de várias culturas, não estando condicionadas pela doença. Este facto permitiu-me comunicar com a criança de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e a sua cultura, com todo o respeito pelas suas crenças, demonstrando habilidades de adaptação através da utilização de técnicas de comunicação apropriadas (E3, E3.3.1, E3.3.2, E3.3.3). Brincar é a linguagem universal de todas as crianças, logo, a expressão de emoções através de jogos, da música, da expressão pelas artes plásticas e da expressão corporal, é transversal às várias culturas que se cruzam nos espaços educativos. Comum a todos estes momentos era a espontaneidade e a autenticidade do ser criança, face à expressão do que sentia e que oscilava à velocidade da sua capacidade para recriar um mundo imaginário. Nesta realidade existe a estimulação do desenvolvimento e crescimento da criança, num ambiente de salubridade, sem fronteiras à multiculturalidade. A gestão das emoções encontrava-se facilitada pela sintonia com o mundo infantil, onde se realçam as cores e a música animada nas rotinas diárias. Em conjunto com a equipa educativa, apliquei jogos e brincadeiras facilitadores da gestão das emoções, que estimulavam as funções sensoriais, cognitivas e motoras da criança. Por exemplo, brincar ao faz-de-conta, treinar comportamentos sociais e teatralizar sentimentos. A componente emocional no

brincar reforça a autoestima e a confiança da criança, pelo que influenciam a forma como enfrentam experiências de sofrimento emocional, como em situações de doença.

Este estágio ajudou-me a compreender que a criança, em situação de vulnerabilidade, tem uma “história do brincar”, isto é, tem hábitos e preferências, construídos no seu meio educativo e familiar, em que exercem o seu direito de expressão de sentimentos e emoções. Por exemplo, a recusa do brincar já constituía a expressão do seu descontentamento. A minha perceção foi que a forma como cada criança utilizava os brinquedos, transparecia a forma de comunicação utilizada com o grupo. Na sala azul a diferença das brincadeiras entre gêneros e idades era evidente. As meninas brincavam predominantemente na área do faz de conta (imitavam as funções domésticas, das rotinas familiares) e os meninos na área da construção (dedicavam-se ao empilhamento de blocos e guiavam os carrinhos). Estas brincadeiras eram de escolha livre e possibilitavam à criança desenvolver a sua autonomia na tomada de decisões. A parceria entre a educadora e os pais era evidente, quanto à atividade do brincar. Na admissão da criança à instituição existia uma entrevista com os educandos, em que se fazia um levantamento das necessidades da criança, explorando-se as suas preferências, brinquedos e atividades habituais, a existência ou não de dificuldades no relacionamento com os outros e as limitações da criança no desenvolvimento de atividades sugestivas de problema motores ou cognitivos. Conhecer as particularidades da criança permitia potencializar as suas capacidades em sala e diminuir as suas limitações.

O culminar deste estágio foi atingido com uma atividade intitulada **“O Jogo da Roda: Um Dia no Hospital”**, em que considerei áreas educativas indissociáveis ao desenvolvimento infantil, como a expressão e comunicação; a linguagem, a psicomotricidade e o domínio da expressão plástica (Apêndice VIII). O objetivo geral desta atividade centrou-se na obtenção da representação das crianças, ainda que num processo de construção, sobre a entidade o *“hospital”*. Com mais precisão, procurei uma relação entre esta representação e a coexistência de experiências anteriores no hospital, emocionalmente intensas para a criança (por exemplo, um historial clínico de hospitalização em que a criança foi submetida a procedimentos dolorosos). A implementação prática desta atividade foi minada pelo contato direto

com crianças saudáveis, onde realcei a expressão de opiniões; a partilha de sentimentos e afetos; a aquisição de novos conhecimentos introduzidos pela educadora; o incentivo à imaginação e criatividade; e o treino da destreza e manipulação prática de lápis de cor e canetas de filtro na técnica do desenho. O jogo envolveu as vinte e três crianças da sala azul, em idade pré-escolar. Os resultados obtidos desta experiência revelaram que as crianças não associavam o hospital a um local de sofrimento emocional, o que se justifica pela ausência de experiências de doença com necessidade de hospitalização.

A **unidade de saúde familiar (USF)** onde decorreu o estágio dedica-se à prestação de cuidados de saúde, individuais e familiares, com autonomia organizativa, funcional e técnica, integrada num agrupamento de centros de saúde. A unidade engloba uma equipa transdisciplinar, da qual faz parte um enfermeiro especialista em SIP, que atendendo ao número e às necessidades dos utentes da população alvo, intervém nas diversas áreas, fator enriquecedor desta experiência na comunidade. Cuidar na comunidade implica a monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança, com um investimento contínuo na promoção da saúde e deteção precoce de perturbações e sinais de alerta. Logo, planeei uma observação participante das **consultas de enfermagem de saúde infantil e do jovem**, evoluindo para executante autónomo nas diferentes atividades.

As consultas de saúde infantil que realizei abrangeram crianças com idades preconizadas pelo Programa Tipo de Saúde Infantil (DGS, 2002c), em que a minha intervenção ultrapassou a avaliação dos parâmetros antropométricos, dando o privilégio ao esclarecimento das dúvidas da criança e família, ao ensino e à estimulação de hábitos de vida saudáveis, bem como ao cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (E1.1.3, E1.1.4., E1.2.7.). As consultas decorriam num ambiente acolhedor, em que sobressaíam as paredes de cor azulão, com coloridos ursinhos na horta. O espaço contemplava brinquedos, como carros, um telemóvel e um “bebé”, os quais constituíam objetos essenciais na comunicação com a criança e favoreciam um ambiente seguro e afetivo, facilitador da gestão das emoções (B3.). O brincar, enquanto direito da criança, foi sempre valorizado e nas consultas alertei os pais para a sua importância, uma vez que socialmente pode existir uma tendência para subjugar as atividades lúdicas no crescimento saudável da criança (A2.1.). O

ensino de jogos e técnicas de comunicação à família foi abordado como suporte integrante do desenvolvimento sensorial, cognitivo e emocional da criança, estando sensível à sua cultura (E1.1.2., E3.3.).

A importância do brinquedo, enquanto objeto de conforto e de tranquilização, tomou relevância neste contexto, ao transportar a criança para o seu mundo de referências familiares, num local desconhecido e, potencialmente, stressante e ameaçador. Na avaliação do desenvolvimento da criança, através da *Escala de Mary Sheridan*, recorri com frequência à alusão do mundo infantil. Nesta intervenção estive atenta à deteção de alterações no desenvolvimento da criança para uma intervenção precoce, com o objetivo de reduzir as consequências da doença na criança, projetadas em ganhos de saúde (E1.2.). Além disso, a apreciação geral das particularidades da criança teve em conta as necessidades do ciclo de vida e do desenvolvimento da criança e do jovem (E3. E3.1.). Durante as consultas investi também na promoção das competências parentais e da vinculação, acautelando os cuidados antecipatórios, com vista à prevenção dos desajustamentos do crescimento e desenvolvimento infantil (A2.2.3., E1.1., E3.2.).

Em tempos, a vacinação tinha o objetivo de evitar epidemias, proteger o ser humano de infeções e prevenir doenças numa população vulnerável. A realidade atual criou uma nova dinâmica, que interliga a vacinação à melhoria da qualidade de vida da pessoa, com todos os benefícios resultantes para a sua saúde e bem-estar da humanidade (DGS, 2002b). Esta visão apoia a pertinência da minha intervenção na prestação de cuidados à criança e família no âmbito da **Vacinação**. A vacinação ocupa um espaço de reduzidas dimensões, com imagens de animais coloridos dispersas pelas paredes. O procedimento em si ultrapassa a tecnicidade, pois requer que o enfermeiro mobilize conhecimentos relacionados com as patologias a prevenir, as principais reações adversas e as estratégias da sua resolução e prevenção (E1.2.1). Atendendo à especificidade das situações impliquei-me na transmissão destas informações aos principais cuidadores da criança ou até mesmo aos adolescentes, induzindo uma sensação de conforto e segurança nos cuidados prestados. O momento em que uma criança é vacinada implica uma vivência emocionalmente intensa, com um potencial traumático de sofrimento associado à dor do procedimento técnico. O meu contributo foi essencial na gestão da dor para

minimizar o sofrimento, através da implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas na preparação da criança (E2.2., E2.2.2., E2.2.3.). Esta preparação inscreve-se nas boas práticas de enfermagem, tendo considerado a idade da criança, o tipo e o número de vacinas a realizar e as suas experiências anteriores, avaliando os mecanismos de coping pré-existentes. Das intervenções realço a mobilização de técnicas de distração aliadas ao brincar em que, com imaginação e criatividade, desenvolvi uma abordagem terapêutica. Por exemplo, fiz “Truques de Magia” na idade pré-escolar, considerando que cognitivamente predomina o pensamento mágico. Além disso, comuniquei com a criança através do objeto de transição, recorrendo a palavras simples acompanhadas por um sorriso, num tom de voz sereno e amigoso. Em parceria com a criança e família, na sua globalidade, as consultas de saúde infantil e do jovem e a vacinação constituíram verdadeiros momentos para trabalhar a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1., E1.1.5).

Entre os elementos da equipa de enfermagem existe uma visível partilha de ideias e sentimentos, em que facilmente esboçavam sorrisos e recorriam ao humor com facilidade e automatismo. Diogo (2012) retrata no seu estudo comportamentos que focam estas interações, como o acolher, o cumprimentar ou a expressão de afetos, facilitadoras de um ambiente afetuoso. Além disso, a autora valoriza o brincar, o cantar, a mobilização de personagens de contos de fada, de filmes ou desenhos animados na abordagem à criança. A equipa de enfermagem também cultiva estas interações, no entanto, não as interliga à gestão das emoções nos processos de saúde e doença. Logo, a minha intervenção visou a realização de uma ação de formação intitulada **“A gestão das emoções nos processos de saúde e doença: O brincar como estratégia no cuidar da criança e família”** (Apêndice IX). Esta ação motivou os enfermeiros a refletirem sobre os seus sentimentos e emoções. Não refletir e não pensar no que pensamos e na gestão das nossas emoções é desviar-nos do caminho, em que encontramos disponibilidade emocional para cuidarmos do outro. Como indutora de mudança instiguei a reflexão no seio da equipa, que no futuro será transparecida na qualidade dos cuidados prestados (B2., C1.1.). Silva (2003) fala neste processo, em que a melhoria da qualidade dos serviços passa por um investimento na atualização dos conhecimentos dos

profissionais. A formação é prioritária, porque é um dos fatores que afeta, não só o nível de desenvolvimento pessoal e profissional do prestador, como também o das organizações, para que estas se reajustem às inovações e exigências de um mundo em mudança.

Durante o estágio na USF foi-me sugerido a **participação na reunião mensal do “Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco”**. Esta equipa é representada por vários profissionais, aos quais é exigido um perfil, que segundo a DGS (2008) passa por conhecerem o contexto social e cultural da sua área de intervenção, bem como os recursos comunitários disponíveis; estarem motivados e capacitados para a intervenção junto de crianças e jovens em contextos de risco; terem formação e/ou experiência na área do desenvolvimento infantil e juvenil; e, estarem familiarizados com os mecanismos legais e os protocolos instituídos (procedimentos da sinalização e da complementaridade funcional entre as estruturas, que intervêm em situações de risco para a criança e jovem). A referência ao núcleo acontece a partir de outras instituições, pelos mais variados motivos, em que os maus tratos assumem um lugar de destaque. Os maus tratos abrangem qualquer ação ou omissão não acidental, perpetuada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameaçam a segurança, a dignidade, e o desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da criança (DGS, 2011). É um fenómeno complexo, em que para as crianças envolvidas existe sempre repercussões negativas no seu crescimento, desenvolvimento, saúde, bem-estar, segurança, autonomia e dignidade. Os casos apresentados nesta reunião estavam relacionados com o incumprimento do plano de vigilância de saúde infantil (negligência), a violência doméstica (maus tratos físicos) e a disfunção familiar, em que vulnerabilidade da criança a coloca em risco (maus tratos psicológicos e emocionais).

A minha intervenção na reunião foi ativa, pelo que questionei os cinco elementos da equipa: *“A prática diária exige dos profissionais o confronto com experiências de grande complexidade e de grande sofrimento. No cuidar da criança e da família que estratégias utilizam na gestão das suas emoções?”*. Sucintamente reuni os aspetos mais evidenciados: a gestão das emoções inscreve-se na motivação pessoal e profissional, na defesa dos direitos das crianças, havendo um investimento constante na formação; as decisões tomadas, relativamente às situações

sinalizadas, são da EQUIPA, o que proporciona um sentimento de segurança face às medidas instauradas; a partilha e a exteriorização dos sentimentos e emoções entre a equipa, gera tranquilidade e confiança, pelo que facilita a gestão de emoções; a consciencialização da incapacidade de resolução de algumas situações sinalizadas aumenta a aceitação do insucesso; e a criação de momentos de convívio e de descontração facilita a gestão de emoções. Esta experiência foi extremamente gratificante para a aquisição de competências, uma vez que me permitiu intervir, em colaboração com a equipa, na deteção precoce de situações de risco para a criança, que afetam negativamente a sua qualidade de vida, como os maus tratos e a negligência (E1.2., E1.2.2., E1.2.3., E1.2.4., E1.2.6).

Complementar a esta experiência foi a minha **participação na reunião da “Equipa Local do Sistema Nacional de Intervenção Precoce”**. Segundo o Decreto-Lei n.º 281/2009 a equipa tem a missão de garantir a intervenção precoce na infância, desenvolvendo um conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, com objetivos preventivos e de reabilitação, na saúde, educação e ação social. É fundamental existir este investimento na prevenção, proteção e melhoria da saúde física, psicológica e emocional da criança e família, na comunidade. A integração da dimensão de saúde envolve novos parceiros nos cuidados, que se descentram das doenças que afetam a criança. No decorrer da reunião tive a oportunidade de constatar que uma das dificuldades da equipa é conciliar os pareceres dos vários elementos da equipa, pois as instituições que colaboram nesta intervenção fazem parte de diferentes ministérios (Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde), os quais são regidos por normas regulamentares próprias, que por geram a dificuldades na coordenação de tarefas. Além disso, temos ainda a “instituição” família que é sempre considerada nas decisões que são tomadas. A participação nesta reunião permitiu-me desenvolver competências relacionadas com a adaptação da criança à doença crónica, com deficiência ou incapacidade, adquirindo a perspetiva de como se gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce (E2.5., E3.2.7.).

No decorrer do estágio na USF tive oportunidade de intervir diretamente no contexto comunitário. Na primeira experiência, em colaboração com uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação, pertencente à “Equipa Local do

Sistema Nacional de Intervenção Precoce”, **participei na visitação domiciliária** a duas crianças gémeas, com paralisia cerebral. Numa segunda intervenção, **acompanhei a equipa de cuidados continuados** na visitação a duas crianças e respetivas famílias, com história de doença oncológica, integradas na comunidade. Ambas as atividades surgiram quando tomei conhecimento da articulação entre a USF e os serviços de saúde de apoio e integrados na comunidade. A colaboração com a equipa de cuidados continuados possibilitou-me a construção de um documento, em que concilio uma revisão bibliográfica sobre a doença oncológica na adolescência, com a descrição e análise crítica desta vivência da prática comunitária, o qual se intitula “**A Doença Oncológica na Adolescência: Um Olhar sobre o cuidar na comunidade**” (Apêndice X). Esta atividade permitiu-me ter contacto com as famílias que já ultrapassaram a doença oncológica, numa primeira fase, mas que vivem integradas na comunidade, com todas as implicações e consequências advindas do tratamento da doença. Esta equipa reúne esforços para garantir a qualidade de vida destas crianças e suas famílias (alívio do sofrimento), em que estabelecem uma relação de parceria e as decisões são compartilhadas, em plena articulação, por exemplo, com as escolas onde estão integradas. O enfermeiro que cuida em parceria respeita a família, reforça as suas potencialidades/capacidades e deteta as suas fragilidades no cuidar. Perante estas duas situações pude experienciar que de facto a família é a melhor prestadora de cuidados à criança, pelo que a equipa de saúde deve estar em alerta para sinais de exaustão dos elementos que constituem o sistema familiar.

O **serviço de urgência pediátrica** (SUP) onde decorreu o estágio integra um hospital central da região de Lisboa, que prioriza a formação dos enfermeiros, sendo uma das suas maiores vocações: o ensino. Esta filosofia proporcionou-me um percurso de grande riqueza experiencial, num contexto que é palco de um vasto contributo para as aprendizagens em enfermagem. A unidade destina-se ao atendimento da criança, em situação de urgência, proveniente do domicílio ou referenciada por outra instituição ou entidade de saúde. A definição de *urgência* é complexa, uma vez que depende da perceção do indivíduo face à sua problemática de saúde, todavia, a DGS (2001) considera que esta engloba as situações clínicas de aparecimento súbito, de maior ou menor gravidade, com um risco de falência das

funções vitais associado. Para Neto *et al.* (2003) este é um serviço com uma estrutura, organização e funcionalidade próprias, em que vigora um intenso trabalho físico, mental e emocional. É essencial que a intervenção do enfermeiro se reoriente com vista à gestão da emocionalidade, resultante da vulnerabilidade da criança e família, que necessitam de cuidados imediatos. Macphail (2001) acrescenta que o enfermeiro deve considerar neste ambiente todo o tipo de reações da criança e família, não se centrando apenas na doença, mas nos aspetos emocionais e sentimentais.

O SUP tem várias salas de prestação de cuidados complexos e altamente individualizados, à criança e família. Além dos gabinetes de observação médica, o serviço apresenta a sala de triagem, de aerossóis, de reanimação, de tratamentos e o serviço de observação de pediatria (SOPED). A assistência envolve crianças gravemente doentes, que precisam de cuidados imediatos, com patologias clínicas muito diversificadas (crises convulsivas, sépsis, paragem cardiorrespiratória, entre outras), pelo que tive oportunidade de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar os cuidados apropriados (E2.1, E2.1.1, E2.1.2). Neste âmbito, colaborei com a equipa de enfermagem na prestação de cuidados à criança e à família em situações de especial complexidade (E2). Phaneuf (2005) salienta que neste atendimento o enfermeiro deve adotar estratégias com o objetivo de ajuda, exteriorizando o seu interesse e atenção pelo outro, dando-lhe um sentido mais profundo, o que se constatou pela aquisição das competências enunciadas.

Numa sociedade em que impera a falta de tempo, a prevenção e manutenção da saúde é, por vezes, ultrapassada pela procura dos serviços de saúde apenas em situações de doença. E nesta procura o indivíduo pretende uma resposta rápida e eficaz, que concentre profissionais de saúde e técnicas especializadas no diagnóstico e tratamento das situações agudas. Este fenómeno leva indubitavelmente à procura indevida de serviços, como as urgências hospitalares (DGS, 2001). No decorrer do estágio foi também esta a minha perceção, pois muitas das situações teriam resposta nos cuidados de saúde primários, se existisse um investimento na educação da população nesta área. Este fato explica os motivos principais de ida à urgência pediátrica, que incluem as perturbações gástricas, as

infecções respiratórias aliadas à hipertermia e queixas algicas. Neste sentido, tive a percepção de que algumas situações podiam ser assistidas em unidades de saúde da comunidade, garantindo-se também a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Para a criança e família esta problemática tem também sequelas, tendo verificado a existência de um maior desgaste dos prestadores de cuidados e insatisfação dos utentes relacionada com a demora de atendimento.

O tema da decoração do ambiente do SUP é o “*Espaço*”, em que cada sala tem o nome de um planeta. Por todo o serviço surgem imagens de astronautas e telas preenchem as paredes do corredor, pintadas por crianças internadas no SOPED. À entrada deste serviço encontra-se um quadro expositivo com desenhos de crianças oferecidos à equipa de saúde. Outro aspeto, saliente neste ambiente é a Carta dos Direitos da Criança afixada numa das paredes. A preocupação dos profissionais de saúde em atenuar o ambiente estranho e assustador é visível, por exemplo, o aparelho de raio x está coloridamente protegido com um revestimento preenchido por bonecos. Outro exemplo é a visita regular dos palhaços da “Operação Nariz Vermelho”, parceiros no cuidar da criança e da família. Hesbeen (2000) valoriza o ambiente em que ocorre a situação de urgência, indissociável da condição da pessoa, em que, independentemente do nível de especialização dos enfermeiros envolvidos, o interesse pela doença não deve superar o interesse pela pessoa. Considerar estes aspetos reflete-se na qualidade dos cuidados e no aumento da satisfação da criança e família, os quais vivem sentimentos de medo, angústia e ansiedade.

A sala de triagem é onde acontece o primeiro contacto com a criança e família, em que se realiza uma avaliação geral das suas necessidades e determina-se à luz do protocolo da triagem, a gravidade da doença e a prioridade no seu encaminhamento e tratamento. A aquisição de competências durante a triagem foi evidente, uma vez que me permitiu a mobilização de um vasto conjunto de conhecimentos sobre diversas doenças da idade pediátrica, para posteriormente implementar as respostas de enfermagem apropriadas (E.1.2.1). A grande abrangência de situações implicou também o meu investimento nos ensinamentos aos pais, sobre os cuidados a ter com a criança, ajudando-os a adquirir competências para um eficaz exercício do seu papel – capacitação para a parentalidade (E1.1.4).

No SOPED priorizei o envolvimento dos pais nos cuidados à criança dando as orientações adequadas à situação (E1.1.4), perspectivando a promoção do desenvolvimento das competências parentais e de vinculação (E 1.1). Nesta intervenção realizei ensinamentos prévios à alta hospitalar da criança, validando junto dos pais orientações específicas, quanto ao despiste de sinais de agravamento da doença e à posterior vigilância de saúde. A minha atuação contribuiu para transmitir tranquilidade aos pais, de modo a sentirem-se mais seguros no confronto com a situação de doença e adquirissem novas competências na assunção dos seus papéis em saúde, no futuro (E1.1.3).

Na sala de tratamentos colaborei na preparação e administração de terapêutica à criança e família. Este é o local onde se realizam a maioria dos procedimentos dolorosos à criança acompanhada por um dos familiares, no entanto, não existe uma intervenção sistemática ou estruturada na aplicação do brincar terapêutico na preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos. No entanto, a equipa realiza a avaliação e o registo da dor, promovendo o bem-estar da criança e da família, com a finalidade de evitar ou diminuir a dor induzida pelos procedimentos invasivos. O uso de anestésicos tópicos, da sacarose e a implementação de técnicas de distração e brincadeiras adequadas à idade da criança, constituem estratégias frequentemente utilizadas (E.2.2.2, E2.2.3).

Cuidar em situações de urgência, face à gravidade do diagnóstico e a obrigatoriedade de intervenção imediata, a equipa de enfermagem é muitas vezes impossibilitada de recorrer ao uso do brincar terapêutico na gestão de toda a emocionalidade. Todavia, durante esta experiência de estágio, senti que a equipa, apesar das limitações e dificuldades, prima pelo uso da palavra e manifestação de uma linguagem de carinho e afetos, no cuidar da criança. Logo, foi-me proposto a construção de um instrumento que obedecesse às seguintes características: de fácil acesso e manuseamento; com uma linguagem simples; com uma abordagem a estratégias práticas, passíveis de serem aplicadas na realidade; que reunisse conteúdos sobre técnicas de comunicação e distração da criança no meio hospitalar. Assim, elaborei um **guia de boas práticas de enfermagem** intitulado “**Brincar no Hospital – Técnicas de Comunicação e distração**” (Apêndice XI), que ficou disponível na sala de tratamento e no SOPED. A elaboração deste instrumento

implicou o aprofundar conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família (E3.3.2).

Pelas circunstâncias da sociedade atual, no SUP a multiculturalidade está bem vigente, sendo palco de prestação de cuidados de enfermagem que implicam habilidades de adaptação e um rigor comunicacional na abordagem à criança e família. Deste modo, desenvolvi competências relacionadas com a comunicação com a criança, o jovem e sua família, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3, E3.3.3), demonstrando na relação estabelecida um respeito pelas suas crenças e pela sua cultura (E3.3.1).

A **unidade de cuidados intensivos pediátricos** (UCIPED) pertence à entidade hospitalar onde decorreu o estágio de urgência pediátrica. Na sua globalidade, esta experiência permitiu-me prestar cuidados de enfermagem à criança, ao jovem e família em situações de especial complexidade (E2.), mobilizando os recursos necessários e recorrendo a um largo espectro de abordagens e tratamentos. Nesta UCIPED são prestados cuidados médicos, cirúrgicos e de enfermagem diferenciados à criança e família, que necessitam de cuidados intermédios ou intensivos, em situação crítica, com risco ou falência das funções vitais. A sua realidade conduz o meu pensamento à existência de uma ligação fundamentada entre o cuidar em enfermagem e a tecnologia, que cruza as diferentes dimensões, compatibilizando a humanização de cuidados com a apropriação de equipamentos incluídos nos procedimentos. Jorge (2004) preconizam esta ideologia ao referirem que a apropriação de tecnologias é fundamental na assistência de enfermagem, pois elas contribuem para a ampliação da exigência de um alto grau de qualificação profissional em enfermagem.

As diversas especialidades do hospital prestam apoio à UCIPED, como a cirurgia pediátrica, neurocirurgia, anestesia, neurologia e ortopedia. Durante o estágio, com supervisão da enfermeira orientadora, reconheci situações de grande instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados (E2.1.). Das situações clínicas mais frequentes destaco os politraumatismos, as infeções respiratórias e as sépsis, com suporte ventilatório associado. Durante este percurso grande parte das crianças internadas na UCIPED tinham menos de um ano

de vida, pelo que tive oportunidade de **promover a vinculação parental** de forma sistemática (E3.2.), o que implicou a pré-existência de conhecimentos relacionados com as competências do recém-nascido implícitas na sua interação com os pais e o meio que o circunda, havendo uma negociação com os pais durante a prestação de cuidados (E3.2.2., E3.2.4., E3.2.6.). Os recém-nascidos apresentavam-se ventilados, contudo, em **colaboração com a equipa de enfermagem adotei uma postura de valorizar a promoção da amamentação** (E3.2.5.).

Este é um ambiente de cuidados altamente assustador e stressante, imperando indiscutivelmente uma vasta diversidade de sentimentos e emoções (Harrison, 2010). Perante os agentes stressores, constatei que a equipa da UCIPED reúne todos os esforços para minimizar, não só as consequências da hospitalização, como também os efeitos secundários da doença ou do tratamento para a criança, empenhando-se na sua recuperação ao nível físico, psicológico, emocional e social. Este facto acontece desde a **admissão**, em que participei, em colaboração com a equipa de enfermagem, num **atendimento individualizado à criança e família** em função das suas necessidades. Quanto ao **brincar terapêutico inerente à gestão da emocionalidade**, promoção do desenvolvimento da criança e defesa dos seus direitos (A2.1.), a equipa solícita o apoio da educadora de infância, sempre que a situação clínica o permita, de modo a aprimorar esta atividade específica, como por exemplo, a seleção de brinquedos de estimulação da criança adaptados à idade e limitações da sua condição física.

E atendendo ao objeto em estudo, na estrutura física, saliento uma sala de estar para os pais e acompanhantes da criança, em que se destacam fotografias de crianças num placar impresso numa das paredes, oferecidas pelos seus familiares. Este lugar é preenchido pela descontração e a leveza dos sorrisos de quem por aqui passa, local em que estive presente e disponível para investir numa escuta ativa. Nesta sala acumulei **momentos de grande riqueza experiencial**, onde os **pais partilhavam as emoções** vividas na UCIPED. Na sala de cuidados intensivos, propriamente dita, a sua amplitude encontra-se recheada dos mais variados aparelhos de alta tecnologia, que circundam a cama hidráulica e elétrica de cada unidade da criança. Além do suporte ventilatório e da estrutura que abraça as seringas infusoras, está um computador com toda a informação do processo clínico.

Oliveira, Collet e Vieira (2006) salientam que a visão de uma criança internada nos cuidados intensivos remete-nos para uma imagem altamente artificial, em que a criança e família se resumem num detalhe aos olhos de alguns profissionais. O próprio ambiente de cuidados, suportado pela sofisticação que assegura a vida da criança, é hostilizado pela agressividade dos procedimentos invasivos a que a criança é submetida. Humanizar os cuidados não deixa de ser uma incitação aos profissionais, num ambiente em que facilmente se prioriza as intervenções tecnicistas, que dificultam os momentos de reflexão e partilha entre os elementos da própria equipa, e entre esta e a criança e família (Harrison, 2010).

A diversidade de **procedimentos invasivos efetuados à criança** possibilitou-me a aquisição de competências na gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e do jovem (E2.2.). A maioria das crianças apresentava com uma analgesia endovenosa contínua no combate à dor (E2.2.2.). A equipa reconhecia a importância das terapias não farmacológicas da dor, contudo, pela imperatividade da atuação imediata face às situações de grande instabilidade da criança, estas tornavam-se inviáveis. Ainda assim, tive oportunidade de relacionar estratégias, como o **brincar terapêutico**, com a saúde e o bem-estar físico, psicológico e espiritual da criança (E2.2.1., E2.2.3.).

Na UCIPED existia uma preocupação constante em garantir o desenvolvimento da criança e o envolvimento dos pais nos cuidados, pelo que os enfermeiros investem na sua integração no serviço e dirigem os ensinamentos para os cuidados específicos à criança e para a função do equipamento que rodeia a criança. Neste contexto verifiquei também que os enfermeiros tinham uma visão alargada dos problemas e das necessidades das famílias, não estabelecendo limites à situação presente, na medida que o presente muitas das vezes implicava repercussões no futuro da criança. Exemplificando, **colaborei com a enfermeira orientadora na prestação de cuidados** com o intuito de colher informações junto da família, do ponto de vista social, emocional e relacional, identificando fatores de risco (E1.2.4.), encaminhando para outros profissionais de saúde (E1.2.2) e perspetivando a **continuação do plano de intervenção** através da articulação com outros serviços do hospital ou estruturas da comunidade (E1.1.10.).

Na UCIPED verifiquei que entre todos os profissionais de saúde existe a cultura do conhecimento, com a finalidade de assegurarem cuidados de qualidade e seguros à criança e família. Assim, os enfermeiros investem numa procura incessante de formação, para acompanharem a evolução das práticas na saúde, o que implica esta UCIPED em estudos multicêntricos e internacionais. A formação profissional foi também tema central, numa das reuniões mensais da **equipa que integra a UCIPED, na qual eu participei**. Os elementos realizaram uma análise e discussão dos incidentes críticos ocorridos na prática clínica, nascendo um conjunto de intervenções e recomendações para minimizar a incidência de erros nos cuidados. Além disso, partilharam-se ideias e oportunidades dos intervenientes integrarem formações, em curso e específicas, da atualidade.

Num pensamento crítico, também as relações humanas na UCIPED são bem complexas, em que os enfermeiros não têm possibilidade de dedicarem o seu tempo a uma prática reflexiva e reconhecerem as suas emoções. Através desta experiência em estágio, poderei perspetivar que a gestão da emocionalidade numa UCIPED implica quebrarmos a visão tecnológica que lhe está associada, afastando-se tudo o que desumaniza, objetifica e despersonaliza a prestação de cuidados à criança e família. Além do mais, acredito na correlação entre a gestão das emoções e a valorização das interações/relações emergentes no cuidar, e tal como identificou Diogo (2012) no seu estudo, promover um ambiente seguro, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções da criança e família e construir a estabilidade nas relações. E, desta forma, **cuidar com base na individualidade e na ética em enfermagem**, que me possibilitou desenvolver competências relacionadas com a **criação e manutenção de um ambiente terapêutico seguro**, de proteção à criança e família, em que promovi a componente física, psicossocial, cultural e espiritual (B3, B3.1.).

Cuidar da criança e família numa unidade de cuidados intensivos confronta a equipa de enfermagem com situações problemáticas, de grande imprevisibilidade, complexidade e incerteza, exigindo a mobilização constante de um conjunto de saberes. Toda esta exigência impõe aos enfermeiros um investimento constante na área do conhecimento, os quais podem assumir com profissionalismo a sua incompletude. Atendendo às dificuldades da equipa no estabelecimento de estratégias na gestão das emoções em enfermagem, aceitei a sugestão da

enfermeira chefe e enfermeira orientadora de estágio, planejando e implementando uma ação de formação intitulada “**A gestão de emoções em enfermagem: O brincar terapêutico como estratégia no cuidar**” (Apêndice XII). Nesta formação valorizei a conjugação de um ambiente tecnológico e inovador, com um ambiente de cuidados valorativo da escuta, das necessidades do outro, das suas emoções e sentimentos. Além de sensibilizar a equipa de enfermagem para a gestão das emoções na UCIPED, com intencionalidade terapêutica, apresentei como estratégia do cuidar, o brincar terapêutico. Desta forma, demonstrei a minha postura proactiva e de mudança das práticas de enfermagem, apoiando a importância que o enfermeiro tem nos efeitos das experiências de saúde e doença (Bee, 2003). Esta atividade contribuiu para a qualidade das práticas de enfermagem e proporcionei aos participantes um espaço de partilha de experiências. É da responsabilidade de todos os profissionais criarem desafios no seu contexto de trabalho, questionando as rotinas enraizadas e induzindo a mudança das práticas em pediatria. Assim, desenvolvi competências atuando como **agente indutor de novas aprendizagens**, com um papel dinamizador na incorporação de diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prestação de cuidados (B1.2., B1.2.3.).

Para complementar o suporte teórico da ação de formação construí um **Dossier Temático** sobre a gestão das emoções e o brincar terapêutico (Apêndice XIII). A minha pretensão foi que sua consulta possibilitasse uma viagem na consolidação de novos conhecimentos, indispensáveis às intervenções autónomas do exercício da enfermagem. Todavia, a consulta destes artigos *per si* não dispensa a valorização de uma reflexão crítica e de análise dos acontecimentos resultantes da interação de cuidados à criança e família. Aliás, a reflexão intencional conduz à construção do saber e, sendo teórica e metodologicamente enquadrada, permite a emancipação profissional e a consciência da tomada de decisão. A aquisição de novos saberes e de múltiplas perspetivas permite-nos tomar decisões complexas, com reflexo no progresso da prática da enfermagem enquanto *ciência do cuidar* (Benner, 2001). Como introdução ao dossier organizei os vinte e dois artigos numa tabela descritiva, onde contemplei o nome dos artigos, o ano e o local de publicação. Os artigos foram numerados no canto superior direito da primeira página, para facilitar a sua organização e a própria consulta. A seleção dos artigos emergiu da pesquisa em

bases de dados científicas, como a EBSCOhost, mais especificamente, na *CINAHL Plus with Full Tex*. Alguns dos artigos foram referenciados nas unidades curriculares dos semestres anteriores do presente curso de mestrado.

Este percurso formativo culminou numa experiência em estágio, num **serviço de pediatria oncológica** da região de Lisboa, que engloba o serviço de internamento de pediatria, a consulta externa de pediatria e o hospital de dia pediátrico. A sua missão centra-se na assistência global à criança e família com cancro, em todas as fases da doença, com um acompanhamento durante o diagnóstico, o estadiamento, o tratamento curativo e paliativo e em fim de vida. À luz do Programa Nacional das Doenças Raras, o cancro em idade pediátrica enquadra-se num conjunto de doenças em que a prevalência na população em geral é de 5 casos em cada 10000 habitantes (DGS, 2008a). Este facto permitiu-me desenvolver competências na resposta à criança e família com uma doença rara, com cuidados de enfermagem apropriados (E2.3.). Dada a riqueza da prática experiencial e, atendendo à reduzida amplitude temporal, farei uma referência geral quanto à **prestação de cuidados à criança e família com cancro**, nas três áreas supramencionadas.

A gestão das emoções associadas a um sofrimento intenso surge pela imperatividade de acontecimentos determinantes, tais como, os frequentes períodos de hospitalização e a implementação de terapêutica indutora de efeitos indesejáveis. Além disso, a criança e família enfrentam a rotura do equilíbrio social, pela interrupção das atividades diárias. As necessidades da criança e família vão sendo alteradas durante o processo de doença, o que me induziu a **reconhecer as necessidades e incapacidades emergentes das suas vivências experienciais e de intenso sofrimento da doença** (E2.5.1.). Em **pareceria com a criança e família**, promovi o desenvolvimento de estratégias de coping e de adaptação, que os capacitasse de uma resposta adequada às alterações existentes (E2.5.3.). A integração dos pais nos cuidados à criança fomenta a **filosofia dos cuidados centrados na família**, e encontra-se nas estratégias que facilitam a adaptação à doença, com a minimização de todo o sofrimento emocional.

Este percurso foi também acompanhado pela indigência incessante de dedicação e desenvolvimento de competências comunicacionais e de relação, que me

permitissem ultrapassar obstáculos e corresponder às necessidades da criança e família. Neste sentido, segui o modelo assistencial de enfermagem de referência implementado neste serviço. Na enfermagem de referência, habitualmente, a distribuição das famílias não é aleatória, acontecendo no momento da admissão. Contudo, na prática valoriza-se as escolhas da criança e família, logo, durante o processo de doença, as famílias acabam por adotar o seu enfermeiro de referência, pela proximidade de relação estabelecida. A minha intervenção como **Enfermeira de Referência** possibilitou-me a deteção das necessidades específicas da criança e família, garantindo na prática, um cuidar personalizado e de humanização. Além disso, esta atuação permitiu-me um conhecimento mais profundo das preferências da criança e família, mesmo no que diz respeito às suas atividades lúdicas e recreativas, facilitando a **utilização dos brinquedos** mais adequados na abordagem, por exemplo, da criança na **preparação para os procedimentos dolorosos**. Como enfermeira de referência de várias famílias, participei, desde o momento da admissão, na reunião com o pediatra, onde é comunicado o diagnóstico da doença, os tratamentos de eleição e o prognóstico da doença. Além disso, realizei o encaminhamento da criança e família para as diferentes especialidades, articulando com a assistente social, psicóloga e dietista, sempre que necessário. Esta articulação contemplou o contacto com centros de saúde e hospitais da área de residência da família, com o envio de uma **carta de referência**, assegurando a continuidade de cuidados na comunidade.

Na atualidade, existem razões para que a equipa invista na **promoção da esperança**, como a transmissão de pensamentos positivos, pois existe uma percentagem elevada de sucesso no tratamento do cancro infantil, registando-se cada vez mais progressos na luta contra a doença (E2.5.5). O ter esperança é fundamental para que a criança e família vençam a doença, uma vez que conduz a comportamentos positivos e aumenta a participação das famílias em todo o processo de doença (Ritchie, 2001 *in* Rossari, 2008). Exemplos de esperança são as crianças seguidas na **consulta de pediatria dos DUROS (Doentes que Ultrapassaram a Realidade Oncológica com Sucesso)**, que não apresentam sinais de doença oncológica, na qual eu participei. O contacto com estas famílias foi

gratificante, em que se mantêm ainda os sólidos laços afetivos construídos durante o tratamento da doença, perpetuados quando se atinge um novo estado de saúde.

A minha atuação foi enriquecida com a **articulação com organizações e projetos externos ao hospital**, nomeadamente, a Operação Nariz Vermelho e a Associação Portuguesa de Música nos Hospitais, perspetivando os benefícios terapêuticos para a criança e família com cancro, pelo mútuo cultivo do uso do brincar terapêutico na gestão da emocionalidade. O resultado incidiu na majoração do meu contributo para o bem-estar físico, psíquico e emocional da criança e família com cancro. Como exemplo, posso referir a realização de técnicas invasivas ao som de um violino, pandeiretas e maracas, em que a criança colaborou a cantando músicas infantis, num ambiente preenchido de alegria e ausente de sentimentos negativos. Assim, promovi a aplicação de técnicas apropriadas de alívio da dor, não farmacológicas, mas extremamente eficazes (E2.2.3.).

Uma das atividades desenvolvidas foi a elaboração de um **Poster** intitulado “Cuidar no hospital”, que relaciona os principais stressores da hospitalização para a criança e família com intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão das emoções (Apêndice XIV). Complementar a esta atividade e, impulsionadora do projeto futuro mencionado no capítulo seguinte, foi a minha **participação na sessão de apresentação do Kit “Dói que não Dói”**, instrumento imprescindível na humanização dos serviços de atendimento à criança. O seu nascimento aconteceu no Instituto de Apoio à Criança e é um verdadeiro contributo para a uniformização dos cuidados, no âmbito da preparação da criança para a hospitalização e para os diferentes procedimentos clínicos. Este momento foi também enriquecido pelo lançamento do livro “Zebedeu – Um Príncipe no Hospital”, que aborda os direitos reconhecidos na Carta da Criança Hospitalizada, numa história infantil que dá a conhecer à criança a sua condição enquanto sujeito de direitos (Apêndice XV).

Na generalidade, durante todos os estágios, senti uma interação natural ou predisposição intrínseca para um cuidar intencional e objetivo das equipas de enfermagem, refletido no bem-estar físico e emocional da criança e sua família. Pelo que acredito que acabei por encontrar-me com o que é defendido pela equipa, isto porque a minha intervenção durante os cuidados prestados à criança e família, com

a aplicação de técnicas de comunicação e de distração específicas, de acordo com a idade, contribuiu para evitar ou minimizar os stressores físicos e emocionais da criança e família provenientes das vivências dos processos de saúde e doença.

3.4 Competências adquiridas em estágio

Este subcapítulo surge com a pretensão de ser uma referência geral à importância da aquisição de competências nas experiências em estágio. O tema e as características deste trabalho tiveram influência direta na exploração de novos saberes e no desenvolvimento das atividades específicas, existindo um aprofundamento de algumas das competências preconizadas para o enfermeiro especialista em SIP. As competências adquiridas ganharam evidência na minha interação com as várias equipas de estágio e na relação de cuidados com a criança e família. Além disso, esta aquisição surgiu da minha capacidade em agir na especificidade e complexidade das situações, demonstrando os meus conhecimentos, qualidades e aptidões profissionais na prática.

As competências dizem respeito às características individuais, que possibilitam ao enfermeiro interagir autonomamente na prática de cuidados. A sua aquisição não se resume apenas a um saber, nem se restringe ao tecnicismo dominado pelo saber fazer, sendo imperativo um julgamento clínico, para uma tomada de decisão que priorize a qualidade dos cuidados de enfermagem (Dias, 2006). Neste âmbito, o bom julgamento clínico requer uma visão centrada na finalidade da relação com o outro, exigindo em primeiro lugar, o encontro com o doente enquanto pessoa e, em segundo lugar, enquanto uma pessoa com potencialidades e vulnerabilidades (Benner, 2001). E considerando estes pareceres teóricos enquadra-se o termo “competência” na capacidade de integrar diversos saberes, finalizados numa intervenção (Ferreira & Dias, 2005), em que existe um conjunto integrado de habilidades cognitivas, psicomotoras e de comportamentos socio afetivos, que permitem o desempenho de uma função, tarefa ou atividade (Phaneuf, 2005). A Ordem dos Enfermeiros (2003) preconiza uma definição semelhante, em que a competência implica um nível de desempenho profissional, demonstrado na

aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades do profissional na sua área de especialização. Além disso, as intervenções de um enfermeiro especialista exigem um conjunto de conhecimentos, com a sua utilização proficiente numa prática clínica baseada em evidência científica, para um progresso da profissão.

Durante os estágios considerei a importância do ser competente, até porque o ser competente protege os direitos da pessoa de quem cuidamos, em que o objetivo maior a que nos propomos passa por favorecer o seu bem-estar físico, psicológico, social e emocional. Assim, inscrevi a minha intervenção num saber fazer que não coloca em risco o outro, ajudando-o a viver em saúde, a enfrentar ou ultrapassar a doença, com uma postura de escuta ativa, capacitada de uma tomada de decisão partilhada e de responsabilidade profissional. A minha evolução revelou a busca pelo aperfeiçoamento e desenvolvimento profissional através de intervenções autónomas, com a atualização de conhecimentos, numa realidade evolutiva de crescimento profissional. Assim sendo acredito, tal como defendido por Benner (2005), que a prática é um todo integrado que desenvolve o carácter, o conhecimento e a competência dos profissionais, contribuindo para o desenvolvimento da própria prática. A autora salienta também que práticas bem relatadas e as observações claramente expostas são essenciais para o desenvolvimento da teoria.

Inicialmente, adotei uma postura de observadora participante, evoluindo para executante sob orientação. Esta evolução permitiu-me, tal como refere Benner (2005), enfrentar situações reais em número suficiente para estar atenta aos fatores significativos, reproduzidos em situações idênticas da prática clínica. Além disso, a minha intervenção teve suporte num dos princípios enunciados pela autora, que salienta a majoração das aprendizagens junto das equipas conhecedoras do contexto de cuidados. Atendendo a estas considerações, de seguida, farei uma exposição das principais competências aprofundadas e/ou adquiridas, com referência ao objeto em estudo.

Transversalmente a todos os contextos de estágio, considerando que uma das competências comuns do enfermeiro especialista engloba o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, procurei demonstrar uma tomada de

decisão suportada em princípios, valores e normas deontológicas (A1.1, A1.2). A atividade do brincar foi integrada como instrumento terapêutico na gestão das emoções, priorizando a parceria de cuidados. Além disso, refleti sobre as minhas interações e pesquisei novos conhecimentos, na descoberta de novos significados do cuidar durante as experiências de saúde e doença. Portanto, estive consciente da importância de promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos, assumindo esta responsabilidade no cuidar da criança e família (A2.1). E brincar é um direito da criança, mesma durante um processo de doença e, enquanto especialista em SIP, é meu dever garantir o usufruto deste direito.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, reconheço a importância de colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade (B2.2), pelo que investi na formação dos enfermeiros sobre o uso do brincar terapêutico na gestão das emoções e na preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos, contribuindo as boas práticas em enfermagem. E para promover qualidade das práticas contribui para criar e manter um ambiente terapêutico e seguro (B3.1), ao nível físico, psicossocial e emocional, onde existia harmonia, afeto e fantasia, através da atividade do brincar. No domínio do autoconhecimento e assertividade foi importante consciencializar-me do meu ser enquanto pessoa e enfermeira (D1.1), de forma a promover a gestão de emoções da criança e família positivamente. Quanto à prática especializada fundamentada em padrões de conhecimento sólidos, assumi a responsabilidade de ser um elemento facilitador e indutor de novas e atuais aprendizagens, em contexto de trabalho (D2.1).

Em todos os campos de estágio acompanhei a criança e família na maximização da sua saúde, implementando estratégias de parceria, promotoras da parentalidade e da capacidade para gerir o regime terapêutico da criança e do jovem (E1.1). Particularmente, em contexto hospitalar, cuidei de crianças e das suas famílias nas situações de especial complexidade, utilizando o brincar terapêutico na gestão da dor (preparação para todos os procedimentos dolorosos) e na promoção do bem-estar da criança e sua família (E2.2). Além disso, promovi a adaptação da criança e família à doença crónica, nomeadamente com doença oncológica (E2.5), com recurso ao brincar terapêutico na gestão das emoções envolvidas. E integrar o brincar no contexto do cuidar permitiu-me dar resposta às necessidades do ciclo de

vida e de desenvolvimento da criança, isto porque esta atividade é promotora do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1). Logo, foi fundamental desenvolver a capacidade de comunicar com a criança e família de acordo com o seu estágio de desenvolvimento, utilizando técnicas de distração e brinquedos específicos para cada idade (E3.3).

Num plano macro desenvolvi competências do domínio da gestão dos cuidados, pois considerei, na integração sistemática do brincar terapêutico nos cuidados, a capacidade de otimização das equipas na sua implementação, em articulação com outros profissionais (C1). Além disso, funcionei como um elemento de referência na orientação de estratégias nesta área, com o objetivo de manter a segurança e a qualidade dos cuidados, ao nível da tomada de decisão (C1.1, C1.2). As atividades foram organizadas atendendo ao trabalho de equipa, agilizando as normas e funcionamento das instituições no favorecimento de uma melhor resposta dos profissionais na prestação de cuidados (C2.1, C2.2). A adequação dos recursos existentes nos serviços, para o uso do brincar terapêutico, foi primordial na resposta às necessidades da criança e família.

4. IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROJETO FUTURO

Este projeto futuro, direcionado à equipa de enfermagem do serviço de pediatria oncológica, nasce nesta fase do meu percurso pois emerge de um conhecimento provindo dos contributos das experiências de estágio e de uma prática reflexiva com base em evidência científica. Além disso, a sua concretização coaduna-se com a transformação pessoal e profissional resultante deste percurso formativo. O alcance deste projeto visa contribuir para a promoção de boas práticas em enfermagem nos cuidados à criança e família com doença oncológica. A motivação para desenhar este projeto surgiu também da necessidade de garantir a humanização, a qualidade e a uniformização dos cuidados prestados à criança e família com cancro, onde o brincar terapêutico é uma estratégia na gestão das emoções associadas ao intenso sofrimento da doença. A implementação prática deste projeto num futuro próximo permitir-me-á ser um profissional de referência, na instituição onde exerço funções.

O projeto terá fases. A primeira fase consiste numa sessão de formação sobre “O brincar terapêutico na gestão das emoções”, que inclui a incorporação do kit “Dói que não dói” nos cuidados de enfermagem à criança e família com cancro (Apêndice XVI). A formação será dividida em dois tempos diferentes, em que o primeiro momento dá primazia ao suporte teórico da temática. O segundo momento contemplará a componente prática, em que os formandos reproduzem procedimentos inerentes à prestação de cuidados, manuseando os materiais do kit. A segunda fase visa o acompanhamento dos enfermeiros na prática de cuidados durante a aplicação real do kit “Dói que não dói”, no âmbito da preparação da criança e família para os procedimentos dolorosos. A terceira fase culmina na avaliação do impacto da integração do kit na prática de cuidados. Esta última etapa inclui a aplicação de um questionário à equipa de enfermagem, que revele os contributos da preparação da criança para os procedimentos dolorosos através do brincar terapêutico (com recurso ao kit), na diminuição do sofrimento emocional da criança e família que experiencia a doença oncológica. Os resultados deste envolvimento serão divulgados em publicações e conferências sobre a temática, privilegiando os conhecimentos advindos desta experiência, perpetuando a investigação em enfermagem.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A doença oncológica é uma das patologias do século que mais se liga a um sofrimento intenso, pela sua amplitude de vivências emocionais das pessoas envolvidas. Esta visão adquire uma maior dimensão no cancro infantil. O diagnóstico, os tratamentos agressivos e a dependência hospitalar constante induzem nas famílias uma mudança de papéis familiares e rotinas sociais indutoras de grande instabilidade. A equipa de enfermagem tem o privilégio de alocar estratégias, que minimizem o sofrimento emocional e permitam a gestão das emoções emergentes. A criatividade na arte do cuidar deve exigir do enfermeiro especialista a implementação do brincar, com a intencionalidade de minimizar os traumas desta experiência. O brincar terapêutico surge então como um recurso na gestão da emocionalidade, colocando o enfermeiro ao nível de quem necessita de afetos, num momento de vulnerabilidade. A viagem do brincar transporta-o diretamente ao mundo dos sentimentos e emoções da criança, que receia o mais pequeno gesto advindo do ambiente que o abraça, o hospital. Integrar o brincar terapêutico nos cuidados é imprescindível e revela uma mudança nas práticas de enfermagem, sendo uma garantia da qualidade e humanização dos cuidados.

A grande dificuldade, na integração do brincar terapêutico na prestação dos cuidados de enfermagem, pode passar pela imperatividade das intervenções tecnicistas, em que a dimensão emocional se posiciona num segundo plano. No entanto, este facto pode ter explicação nos fatores condicionantes da prática, tais como: a escassez de recursos humanos, repercutida na disponibilidade temporal dos profissionais; o desconhecimento na implementação prática do brincar com intencionalidade terapêutica; a falta de motivação relacionada com o excesso e acumulação de funções; e, a ausência de estabilidade emocional, por parte dos profissionais, para apostarem na humanização dos cuidados de enfermagem. Estas limitações dispersam os profissionais para as tarefas técnicas, com uma inferiorização dos direitos da criança e do respeito pelo seu desenvolvimento. Estas serão dificuldades que a enfermagem atual enfrenta, dada a crise de valores sociais e de relação em que se vive, que no meu entender poderá ser contrariada pelo

investimento de cada um de nós numa prática criativa, imaginativa, com humor e amor pelo cuidar em enfermagem.

No fim deste percurso encontrei respostas às questões que, numa fase inicial, despoletaram todo este investimento. Brincar é um direito da criança e, independentemente do ambiente onde ela se insere, esta atividade terá de integrada na satisfação plena das suas necessidades. Reconhecer a família como fonte principal de força da criança e fonte de conhecimento, enquadra-se na filosofia da parceria de cuidados e é essencial. Cuidar atendendo à unicidade e individualidade das famílias facilita esta parceria, sobretudo, na vivência de experiências positivas, no decurso da doença oncológica. Deste modo, torna-se importante o investimento das equipas nos cuidados não traumáticos, que primam pelo recurso a intervenções que eliminam ou minimizam o sofrimento das experiências, como as técnicas de distração e de comunicação. Na gestão das emoções o brincar possibilita o relaxamento, a expressão emocional e a distração, fazendo predominar um ambiente seguro, o nascimento de laços afetivos, um cuidar com amor. Assim, é imprescindível valorizar, reconhecer e educar as nossas próprias emoções, para impedirmos os que os sentimentos negativos prevaleçam.

A minha intervenção foi como elemento facilitador da integração do brincar terapêutico nos cuidados. Sensibilizei as equipas para a sua importância, munindo-as de conhecimentos teóricos, que aliados a técnicas de distração e comunicação rentabilizam o tempo efetivo para cuidarmos da criança e família. O meu agir foi direcionado para motivar as equipas a criarem ambientes promotores de bem-estar e de afetos, onde existe música, pinturas coloridas dispersas pelos quartos, palhaços que aparecem de surpresa, salas de atividades envoltas de cor e animação, onde o brincar, a fantasia e a imaginação se encontram e ocupam o seu lugar. Os resultados alcançados sustentam a intenção de uma prática baseada na evidência, a qual ajuda a delimitar os focos de atenção dos enfermeiros, a fundamentar o processo de tomada de decisão, a potenciar intervenções eficazes, intentando um profissionalismo de excelência, de promoção do bem-estar emocional de quem carece de cuidados de enfermagem.

Este relatório é fruto de um grande esforço e dedicação, de convergência de interesses, de conciliação das necessidades de todos os intervenientes. Toda esta experiência é detentora de grande riqueza, pela contemplação dos diferentes contextos de atuação em enfermagem, palco de interações que consolidaram os conteúdos teorizados ao longo do presente curso de mestrado. Cada momento de enriquecimento pessoal será recordado como fonte de inspiração para um cuidar humanizado de qualidade. Assim, neste final experimento uma sensação de satisfação na concretização dos objetivos propostos, perpetuando o meu investimento nesta área através da implementação de um projeto futuro. Esta será uma atitude ativa na busca de novas perspectivas de pensar, de agir e de sentir, face às alterações das práticas de saúde, com um verdadeiro contributo para a progressão da enfermagem enquanto ciência do cuidar.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, I. (2001). *Novas tendências nos paradigmas de investigação em educação. Escola reflexiva e nova racionalidade*. Porto Alegre: Artmed Editora.

Alto Comissariado da Saúde. (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde.

American Academy of Pediatrics. (2006). *Child Life Services*. Pediatrics. 1757-1763.

Association International Play. (1977). *Declaração: O Direito da Criança de Brincar*. acedido em 13 de Janeiro de 2013 em: <http://cev.org.br>.

Barrakat, L. (2010). Quality of Life of Adolescents with Cancer: Family Risks and Resources. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2-8.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica - Perspetiva desenvolvimentista*. Lisboa: CLIMEPSI-Sociedade Médico-Psicológica.

Barros, S. (2008). *O Contributo do Enfermeiro no Processo Adaptativo do Adolescente a uma Doença Oncológica*. Dissertação para a obtenção de grau de mestre em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

Bee, H. (2003). *A Criança em Desenvolvimento*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Benner, P. (2001). From Novice to expert, excellence and power in clinical. *Nursing practice*. New Jersey: Quarteto editora.

Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito*. Tradução de Ana Albuquerque Queirós. 2ª ed. Coimbra: Quarteto Editora.

Brazelton, T. (1995). *O Grande Livro da Criança*. Barcarena: Editorial Presença.

Canário, R. & Rummert, S. (2009). *Mundos do trabalho e aprendizagem*. Lisboa: Educa.

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.

Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times*. (44). 84-86.

Collière. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Loures: Lusociência.

Damásio, A. (2001). *O Sentimento de Si: O corpo, a emoção e a neurobiologia da consciência*. Mem Martins: Francisco Lyon de Castro.

Dias, M. (2006). *Construção e validação de um inventário de competências*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro: Uma perspetiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Formasau: Coimbra.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com emoções em enfermagem pediátrica - Um Processo de Metamorfose de Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Direção Geral da Saúde (2001). *Rede hospitalar de urgência/emergência. Direção de Serviços de Planeamento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Direcção Geral da Saúde. (2002a). *Rede de Referenciação Hospitalar de Oncologia*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2002b). *Cadernos da Direcção-Geral da Saúde - A vacinação e a sua história nº 2*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2002c). *Saúde Infantil e Juvenil - Programa-tipo de atuação. Orientações Técnicas 12*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.

Direção Geral da Saúde. (2008). *Maus Tratos em Crianças e Jovens: Intervenção da Saúde (Documento Técnico)*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 20 de Março de 2013 em: <http://www.portaldasaude.pt>

Direção Geral da Saúde (2008a). *Programa Nacional das Doenças Raras*. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 10 de Janeiro de 2013 em: <http://www.min-saude.pt/portaldasaude>

Direção Geral da Saúde. (2011). *Maus Tratos em Crianças e Jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Ação de saúde para crianças e jovens em risco. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures: Lusociência.

Haiat, H., Bar-Mor, G., & Shochat, M. (2003). The World of the Child: A World of Play Even in the Hospital. *Journal of Pediatric Nursing* , 209-214.

Harrison, M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*. 5 (25), 335-343.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

Hildenbrand, A., Clawson, K., & Alderfer, M. (2011). Coping With Pediatric Cancer: Strategies Employed by Children and Their Parents to Manage Cancer-Related Stressors During Treatment. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 344-354.

Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora.

Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do planeamento da saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. 3ª ed. Lisboa: Obras Convulsas.

Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. (Re) Pensar o Cuidar em Enfermagem. Loures: Lusociência.

Jun-Tai, N. (2008). Play in hospital. *Symposium: Social Paediatrics*, 233-237.

Kérouac, S. (1994). *La pensée Infirmière: Conceptions et Stratégies*. Editions EtudesVivantes: Maloinec.

Lacerda, A. et al. (2007). *A Criança com Doença Oncológica. Guia de Apoio para os Serviços de Pediatria IPOLFG*. Lisboa: Instituto Português de Oncologia de Lisboa Francisco Gentil.

Macphail, E. (2001). Panorâmica da enfermagem de urgência. In Sheehy, S. *Enfermagem de urgência: da teoria à prática*. Camarate: Lusociência.

Manchester, A. (2009). *A Passion for Oncology*. Coleção Essencial. Brasil: IMESP, 1-15.

Mcharg, T. (2010). Measuring the Psychosocial Health of Adolescent and Young Adult Cancer Survivors: A Critical Review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1-13.

Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar - O corpo, âmago da interação prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.

Mitre, R. & Gomes, R. (2004). A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 147-154.

Mulrooney, D. et al. (2010). Surviving Childhood cancer - Cure is not Enough. *Medicine. Clinical & Health Affairs*, 36-39.

Neto, A. et al. (2003). Grau de satisfação do utente relativamente ao acolhimento proporcionado pelo enfermeiro no serviço de urgência. *Servir*, (5), 5-51.

Norton, L. & Bento, M. (2007). *Epidemiologia do Cancro Pediátrico*. Porto: www.oncologiapediatrica.org.

Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 3-35.

Oliveira, B., Collet, N. & Vieira, C. (2006). A humanização na assistência a saúde. *Rev. Latino-americana de enfermagem*. 14 (2), 277-84.

Olmstead, D., Scott, S. & Austin, W. (2010). Unresolved pain in children: A relational ethics perspective. *Nursing Ethics*, 696-704.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Papália, D., Olds, S. & Feldman, R. (2001). *O Mundo da Criança*. Lisboa: Mc Graw Hill.

Paredes, T. et al (2008). *Impacto da doença crónica na qualidade de vida: comparação entre indivíduos da população geral e doentes com tumor do aparelho locomotor*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9 (1), 73-87.

Pedro, J. (2009). *Parceiros no Cuidar: A Perspectiva do Enfermeiro no Cuidar com a Família, a Criança com Doença Crónica*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto: Universidade do Porto.

Pereira, A., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 24-38.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Polit, D., Beck, C. & Hungker, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed.

Porto Editora. (2011). *Dicionário de Língua Portuguesa*. Porto Editora Online. Acedido a 10 de Dezembro de 2012 em: <http://www.portoeditora.pt>

Sandgren, A., Thulesius, H., Fridlund, B. & Petersson, K. (2006). Striving for Emotional Survival in Palliative Cancer Nursing. *Qualitative health research*, 80-96.

Silva, A. (2003). *Formação, Percursos e Identidades*. Coimbra: Quarteto.

Teófilo *et al.* (2010). II – Diagnóstico de Situação. In Freitas, A. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal. *Revista percursos*. (15), 10-17.

Thompson, I., Melia, K., Boyd, K. (2004). *Ética em enfermagem*. 4ª ed. Loures: Lusociência.

Walker, C. (1988). Use of art and play therapy in pediatric oncology. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. (6), 121.

Watson, J. (2002). *Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2003). Love and caring: Ethics of face and hand - an invitation to return to the heart and soul of nursing and our deep humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27(3), 197-202.

Watson, J. (2005). *Caring science as sacred science*. Philadelphia, United States of America: Davis Company.

Winnicott, D. (1989). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora.